

NZa
Secretariaat directie ontwikkeling
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon drs. M.A.H.M .Bouwman
Doorkiesnummer 030-6988560
Ons kenmerk **ZVB 2009 0062 mbou1 B**
Uw kenmerk
Datum 29 mei 2009
Onderwerp reactie ZN op visiedocument functionele bekostiging vier niet-complexe zorgvormen

Geachte mevrouw Van Beek,

Met deze brief wil ZN reageren op het visiedocument "functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen".

Op een consultatiebijeenkomst d.d. 14 mei 2009 heeft ZN mondeling al een eerste reactie gegeven op het visiedocument.

Verschillende zorgverzekeraars reageren ook separaat en gedetailleerd naar de NZa. In deze brief wordt, mede puttend uit die afzonderlijke reacties, een algemene, gezamenlijke reactie op hoofdlijnen gedestilleerd. Daarbij staat de visie centraal, en minder de uitvoeringsproblematiek als gevolg van functionele bekostiging. Die overigens aanzienlijk is.

Reactie op hoofdlijnen

In het kort kwam de mondelinge reactie van de zorgverzekeraars (ZN) in de NZa-consultatiebijeenkomst van 14 mei neer op het volgende:

Het NZa-visiedocument wordt gezien als een afgewogen rapport dat voor- en nadelen, mogelijkheden en onmogelijkheden van functionele bekostiging uitvoerig in kaart brengt en vervolgens weegt. De uiteindelijke conclusie van de NZa, -de invoering per 1-1-2010 van 4 ketens ineens is een te grote stap-, wordt door ZN in grote lijnen onderschreven. Daarvoor is aan een aantal randvoorwaarden nog niet voldaan. Invoering van een keten-prestatie Diabetes en daarnaast eventueel CVR is –alles overziende- wel haalbaar. ZN deelde die conclusie in grote lijn, hoewel de argumentatie hoe tot die conclusie gekomen wordt, verschilt.

Voor de zorgverzekeraars is in grote lijnen en in antwoord op de gestelde consultatie-vragen het volgende van belang:

*De zorgverzekeraars hebben in het algemeen behoefte aan **algemeen** omschreven, nieuwe ketenprestaties, die **niet gedetailleerd en functioneel** beschreven worden, met een, als aan randvoorwaarden voldaan is, **vrije prijs**. Minder gedetailleerdheid vergroot de speelruimte voor de verzekeraar. De mogelijkheden om te contracteren dienen wel plaats te vinden binnen een algemeen kader, binnen een gedefinieerd speelveld. Dat impliceert dat er zorgstandaarden moeten zijn voor de te onderscheiden ketens, die leiden tot een “inkoopbare producten” (zorgprogramma). Daarmee wordt uniformiteit op de inhoud van de ketenzorg bewerkstelligd, maar is er wel ruimte voor prijsverschillen.*

Een set prestatie-indicatoren is voor de zorginkoop noodzakelijk, dat dient de transparantie en borgt de kwaliteit. De door ZiZo voorgestane en nu in ontwikkeling zijnde Minimale Data Set (MDS) biedt ruimte aan de zorgverzekeraar om aan de hand van deze MDS daarbovenop op lokaal niveau resultaatsafspraken te maken.

Uiteindelijk willen zorgverzekeraars streven naar transmurale DBC's over de eerste en tweede lijn heen. Het speelveld in de eerste en tweede lijn is daarvoor op dit moment, door de verschillende financieringssystematieken (nog) niet gelijk. Dat zo zijnde is voor de zorgverzekeraars de nu voorgestelde weg -eerstelijns DBC (met consultatiemomenten in de tweedelijns) met daarnaast tweedelijns-DBC's voor gecompliceerde patiënten-, werkbaar. De combinatie van zorgstandaarden, prestatie-indicatoren (MDS), en de afbakening tussen een eerste en tweedelijns-DBC, maakt dat de door de NZa voorgestelde “tussenvariant” door de verzekeraars als werkbaar en wenselijke vorm wordt gezien.

In het onderstaande gaan wij puntsgewijs in op een aantal zaken die ook in het visiedocument aan de orde komen, anderzijds door zorgverzekeraars belangrijk worden gevonden.

Van groot belang is de samenhang met de huisartsenfinancieringsstructuur. Dat impliceert dat het afstemmen en invoeren van een nieuwe huisartsenfinancieringsstructuur door de zorgverzekeraars van nog groter belang gezien wordt dan bijvoorbeeld het aanwezig zijn van zorgstandaarden.

Belangrijke randvoorwaarden.

1. Huisartsenfinanciering.

De samenhang tussen financiering van ketenzorg en de gevolgen daarvan voor de huisartsenfinanciering is groot. Veranderingen in die huisartsenfinanciering zijn een voorwaarde om verantwoord en zonder een te groot risico op “dubbele bekostiging” functionele bekostiging in de vorm van keten-DBC's te kunnen invoeren. De huisartsenfinancieringsstructuur zal echter per 2010 niet gewijzigd zijn. Ook is er geen helderheid over de definitieve vormgeving van de beoogde wijzigingen op die datum. Dat wordt overigens ook veroorzaakt doordat de uitvoeringstoets van de NZa op dit punt pas laat verschijnt waardoor fundamentele veranderingen per 1 januari 2010 niet meer mogelijk zijn. De zorgverzekeraars zijn van mening dat helderheid vooraf dient te bestaan over het “eindplaatje” van de nieuwe huisartsenfinancieringsstructuur en de finale invoeringsdatum daarvan, om vervolgens terug te redeneren naar tussenstappen die eerder genomen kunnen worden.

De kern van de nieuwe structuur, -een flexibel abonnementstarief, aan prestaties gebonden-, is daarbij een vorm die door de verzekeraars als goede optie gezien wordt voor bekostiging van basale huisartsenzorg voor niet-chronische zorg, mits vooraf helder getest en uitgewerkt is dat deze nieuwe structuur tot een uitvoerbare praktijk leidt, die niet tot een nieuwe kostenverhoging zal leiden, zonder dat daar daadwerkelijke prestaties tegenover staan.

2. Zorgstandaarden

De NZa geeft aan het aanwezig zijn van zorgstandaarden als een noodzakelijke voorwaarde te zien voor functionele bekostiging. Voor de zorgverzekeraars weegt dat minder zwaar, de eerder genoemde nieuwe financieringsstructuur huisartsenzorg wordt als belangrijker gezien.

Onverlet latend de wenselijkheid van zorgstandaarden, zullen verschillende verzekeraars naar verwachting ook op andere dan de per 1 januari 2010 geformaliseerde ketenprestaties via de Innovatieregeling ketenprogramma's gaan contracteren. Dat geldt overigens voor méér en andere ketens dan de nu in beeld zijnde 4 ketens voor chronische ziekten.

3. Prestatie-indicatoren.

Essentieel voor de zorginkoop van ketenzorg zijn prestatie-indicatoren waaraan de resultaten van de geleverde zorg kunnen worden afgemeten. Voor de zorgverzekeraars zijn PI's voor de zorginkoop van belang, meer in het algemeen bevorderen PI's de transparantie en borgen zij de geleverde kwaliteit. Het bureau ZiZo heeft de ontwikkeling van ketenindicatoren ter hand genomen. De ontwikkeling van een minimale dataset, zoals nu door ZiZo wordt uitgewerkt vormt in feite de uniforme basis waaraan alle ketenleveranciers moeten voldoen. De set dient basale randvoorwaarden te bevatten van aan te leveren gegevens, maar ook randvoorwaarden op het gebied van gestandaardiseerde, elektronische uitwisseling van gegevens. Essentieel is dat de MDS voldoende speelruimte laat aan de zorgverzekeraars om lokaal op *resultaten* en *prestaties* gerichte afspraken te maken.

Enkele overige belangrijke punten.

Marktmacht.

Ook door verschillende zorgverzekeraars wordt het gevaar van grote marktmacht van soms lokaal omvangrijke zorggroepen, die de patiënten (en de verzekeraars) weinig keuze laten, gesignaleerd en als gevaar gezien voor de werking (en kosten) van de functionele bekostiging via ketenprestaties. Van verschillende zijden worden punten aangekaart die nadere bestudering vergen en mogelijke oplossingen kunnen bieden voor grote marktmacht. De (wenselijke) omvang van een zorggroep is een issue, het vergroten van de betrokkenheid (regierol) van patiënten kan behulpzaam zijn, prestatie-indicatoren die resultaatsniveau's inzichtelijk maken, zijn bijvoorbeeld zaken die aangedragen worden om nader uit te werken. Het stellen van randvoorwaarden aan zorggroepen (bijvoorbeeld; de integrale multidisciplinaire producten dienen door *op gelijkwaardige basis* samenwerkende hulpverleners geleverd te worden) kan eveneens een weg zijn om marktmacht tussen hulpverleners onderling te mitigeren.

Ook de voorgestelde koppeling van basale huisartsenzorg aan ketenzorg is een punt dat nadere overweging behoeft. Hoewel in het algemeen door zorgverzekeraars die koppeling als zorginhoudelijk wenselijk wordt gezien, kan wel afgewogen worden of die koppeling in alle gevallen strikt dient te zijn. Zo is het de vraag of bij een keten depressie de koppeling even logisch en strikt dient te zijn als bij bijvoorbeeld diabeteszorg. De koppeling basale huisartsenzorg- ketenzorg heeft ook samenhang met de gewenste schaalgrootte van ketenorganisaties. Wordt ketenzorg geleverd vanuit geïntegreerde eerstelijnscentra op wijkniveau dan is de keuzevrijheid voor patiënten weer aanzienlijk groter dan bij grootschalige zorggroepen waarbij alle lokale/regionale huisartsen zijn aangesloten. Het inrichten van organisaties die ketenzorg leveren of het oprichten van een geïntegreerd eerstelijnscentrum, is wat de zorgverzekeraars betreft niet voorbehouden aan huisartsen. Het staat eenieder vrij de regie en het initiatief te nemen. Het gaat er eerder om de randvoorwaarden te benoemen waaraan ketenorganisaties moeten voldoen. Daarbij kan de

te ontwikkelen minimale dataset voor ketenzorg en de eerder ontwikkelde basisset prestatie-indicatoren geïntegreerde eerstelijns behulpzaam zijn. Indien de mogelijkheden voor het leveren van ketenzorg formeel in de regelgeving zijn beslag en een financieringstitel krijgen, gaat daar mogelijk ook een werking van uit op nieuwe initiatiefnemers.

Het is in die zin weer niet handig en logisch dat in de voorstellen van VWS *de module geïntegreerde eerstelijns* wordt afgebouwd, tegelijkertijd met het inrichten van ketenprestaties. Dat werkt ontmoedigend. De module geïntegreerde eerstelijns financiert mede *integrale* eerstelijnszorg. Dat is heel iets anders dan de organisatie van ketenzorg op één aandoening.

Opbouw van prijs en levering van ketenzorg.

Hoewel een integrale prijs voor ketenzorg het uitgangspunt is bestaat er bij enkele verzekeraars óók behoefte om speelruimte te hebben bij vormgeving en bekostiging van geleverde ketenprestaties. Een koptarief voor kosten van organisatie van de keten is een vorm, naast opbouw via prijzen voor onderliggende deelprestaties. De praktische mogelijkheden voor de verzekeraar om binnen een integrale prijs afrekening en declaratie zo flexibel mogelijk en naar eigen inzicht te kunnen afwickelen, dient zo groot mogelijk te zijn.

Geïntegreerde eerstelijnszorg- ketenzorg.

Zorgverzekeraars vragen aandacht voor de soms warrige definiëring in het visiedocument van geïntegreerde eerstelijnszorg, functionele bekostiging en ketenzorg geleverd door zorggroepen van huisartsen. Functionele bekostiging vormt de basis om tot goede geïntegreerde eerstelijnszorg te komen. Diabeteszorg geleverd door zorggroepen is niet identiek aan geïntegreerde eerstelijnszorg. Op verschillende pagina's (35, 79) ontstaat begripsverwarring en worden niet adequate vergelijkingen gemaakt.

Overgangperiode en dubbele bekostiging.

De fase waarin verschillende financieringssystematieken naast elkaar bestaan (keten-DBC's en verrichtingenfinanciering) dient in beginsel zo kort mogelijk te zijn. Zolang beide systemen naast elkaar worden uitgevoerd bestaat het gevaar van dubbele bekostiging. Dat speelt overigens niet alleen in de huisartsenzorg. Ook bij andere betrokken disciplines (bijvoorbeeld fysiotherapie, diëtiëk) kan er verwarring en onduidelijkheden bestaan. Zorgverzekeraars vragen hiervoor aandacht.

Ook wordt aandacht gevraagd voor nadere analyse van de gevolgen van invoering van functionele bekostiging en de effecten daarvan op de risicoverevening.

Samenhang AWBZ- en WMO-gefinancierde zorg

Door de bank genomen zijn de verzekeraars van mening dat er samenhang moet zijn tussen de in de zorgstandaard beschreven zorgverlening, de vertaling daarvan in een zorgprogramma en de aanspraak van de verzekerde. Integrale inkoop van ketenzorg vergt in feite dat de zorg integraal onderdeel uitmaakt van de Zvw. Dat bevordert ook de uitvoerbaarheid van inkoop en levering van ketenzorg.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

drs. M.A.H.M. Bouwmans