

Nederlandse Zorgautoriteit
Secretariaat directie Ontwikkeling
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Datum 29 mei 2009
Ons kenmerk JD/HB 128 GD
Doorkiesnr. 070-3737124/198
Fax 070 3106530
E-mail hoofdbestuur@knmp.nl
Betreft
C.C.

Geachte heer Homan,

De KNMP heeft met belangstelling kennis genomen van het "Visiedocument Functionele bekostiging van vier niet-complexe chronische zorgvormen" van de NZa. De KNMP vindt het jammer dat zij niet in een eerder stadium is gevraagd mee te denken. De visie is immers tot stand gekomen met medewerking van marktpartijen, maar zeker niet alle relevante marktpartijen.

Algemeen

De KNMP vindt dat het doel van iedere verandering in regelgeving van de zorg moet zijn: betere zorg voor de patiënt, maar constateert dat de keuzevrijheid van de patiënt minder wordt door het invoeren van functionele bekostiging. In dat systeem kiest niet de patiënt maar de regisseur/hoofdaannemer van de zorg en de zorgverzekeraar die de zorg bij een bepaalde hoofdaannemer heeft ingekocht.

De patiënt centraal?

De basisgedachte achter functionele bekostiging is dat de zorg hierdoor meer georganiseerd kan worden rondom de patiënt, zodat de zorgbehoefte van de patiënt meer centraal komt te staan. Er is echter geen garantie, noch ligt het voor de hand dat dit daadwerkelijk de consequentie zal zijn van het invoeren van functionele bekostiging. De kans is groot dat een zorggroep in de praktijk niet veel meer is dan een front-Office voor de verzekeraar, dat meedingt in de openbare aanbesteding om de zorg van de patiënten van de betreffende verzekeraar te mogen regelen. In dat geval is een zorggroep een hoofdaannemer die een opdracht binnenhaalt bij een verzekeraar, om deze vervolgens uit te besteden aan diverse gecontracteerde onderaannemers op verschillende locaties in de regio. De zorggroep is in dit geval slechts een extra schakel in de zorgketen, met onnodige extra overheadkosten. De zorg blijft in dat geval even versnipperd georganiseerd en er bestaat nauwelijks meerwaarde voor de patiënt. Sterker nog, de keuzevrijheid van de patiënt wordt in deze constructie juist verder beperkt, aangezien de patiënt met een naturapolis alleen kan kiezen voor een door de verzekeraar gecontracteerde zorggroep,

die de patiënt vervolgens doorstuurt naar uitsluitend bij de zorggroep gecontracteerde zorgaanbieders. De enige winst ligt uiteindelijk bij de verzekeraar, die met behulp van functionele bekostiging in staat wordt gesteld zijn kosten en risico's af te wentelen naar de zorggroep. Daar ligt tevens een belangrijk risico voor de kwaliteit van de zorgverlening. De kans bestaat dat diverse zorggroepen zo laag mogelijk zullen inzetten in de aanbesteding, om vervolgens te moeten constateren dat zij de beloofde kwaliteit niet kunnen waarmaken voor de prijs waar zij op hebben ingezet. Welke prikkel heeft de zorgverzekeraar om bij de aanbesteding juist ook deze kwaliteit in goed oogenschouw te houden en hoe kan voorkomen worden dat de patiënt, ondanks de goede bedoelingen, een speelbal wordt van verzekeraar en zorggroep ten behoeve van kostenbeheersing?

Doel is samenwerking, middel moet zijn marktwerking?

Geïntegreerde zorg vereist geïntegreerde samenwerking van professionals. Voor wat betreft de KNMP op transparante wijze, zo mogelijk met uitkomstindicatoren. Door te kiezen voor functionele bekostiging als doel en dat niet in breder perspectief te zien als een mogelijk middel, ademt de visie een gekunstelde redeneertrant. 'Er zijn voordelen mogelijk, maar ook nadelen.' Vervolgens worden de voordelen als waar aangenomen en worden er maatregelen geformuleerd om de nadelen te voorkomen. Waarom is niet gedacht aan een logische tussenstap? Maak van de bekostiging van professionals een deel afhankelijk van de formeel vastgelegde samenwerking met andere eerstelijns-professionals.

Ingebouwd ketenconflict

Het visiedocument geeft, net als andere stukken, de indruk dat de NZa disease management gelijk stelt aan huisartsenzorg. Hiermee creëert de NZa een eigen werkelijkheid. Huisartsen hebben in heel Nederland zorggroepen geformeerd. Daartoe in staat gesteld door de subsidies van ROS'en. Andere eerstelijns zorgverleners in het algemeen en apothekers in het bijzonder hebben te maken met een intensief toezicht door de NMa. Dergelijke formele platforms zijn daarom (geen subsidieregeling, intensief toezicht) niet of nauwelijks ontstaan. De huisarts ziet zichzelf dan ook als logische regisseur, als hoofdaannemer. Andere zorgverleners worden geregisseerde c.q. uitvoerder. In een dergelijk model zal zeer veel tijd verdaan worden met domeindiscussies en gesteggel over geld. Zorgverleners die in het belang van de patiënt moeten samenwerken komen tegenover elkaar te staan. Wanneer één van de andere aanbieders eveneens hoofdaannemer wordt ontstaat een onwerkbaar model. De KNMP is sterk voorstander van mede-aannemerschap. In concreto betekent dat, dat de relevante aanbieders op het terrein van een bepaalde aandoening samen met de verzekeraar bepalen hoeveel aan welke mede-aannemer wordt vergoed. Een regionaal onderhandelplatform (zie echter ook 'optimale schaal' hieronder) bestaande uit die relevante aanbieders dient dan geformeerd te worden.

Vertrouwen van de patiënt

Een ander gevolg van een verhouding hoofdaannemer – uitvoerder tussen zorgverleners in ketenzorg is dat de uitvoerder t.o.v. de hoofdaannemer in een afhankelijke positie komt te staan. Hierdoor worden noodzakelijke checks and balances mogelijk terzijde geschoven, waardoor de patiënt er niet meer op kan vertrouwen dat iedere zorgverlener de voor hem beste afweging maakt.

Onduidelijkheid over optimale schaal.

Zorgverzekeraars hebben blijkbaar verschillende uitspraken gedaan over de schaalgrootte waarin geïntegreerde zorg idealiter wordt aangeboden. Vooraleer er duidelijkheid is over die optimale schaalgrootte is het niet mogelijk de organisatorische inrichting op de juiste wijze vorm te geven. Moeten 4, 10 of 50 apotheken in een zorggroep deelnemen? Voor een eenduidig aanbod is enige schaalgrootte noodzakelijk. De overheadkosten van een dergelijke organisatie hebben echter ook een optimum, niet noodzakelijkerwijs bij diezelfde schaalgrootte. Tot slot kan een andere schaal nodig zijn wanneer effectieve concurrentie moet blijven bestaan. Deze analyse ontbreekt in de visie.

Betere betaalbaarheid leidt tot lagere premies?

Waar in de visie op diverse plaatsen wordt getwijfeld aan de goede bedoelingen van zorgaanbieders (worden kostenvoordelen doorgegeven, worden onderaannemers wel adequaat gehonoreerd, rekent men niet te hoge tarieven?) wordt in tabel 11 voetstoots aangenomen dat kostenbesparingen leiden tot lagere premies.

Geen verwijzing in eerste lijn

Op pagina 47 wordt gesteld dat er geen verwijzingen nodig zouden zijn in de eerste lijn. Betekent dat, dat de apotheker (op zijn minst volgens de in de zorggroep afgesproken protocollen) voorschrijfbevoegdheid kan krijgen, laboratoriumbepalingen kan aanvragen en dergelijke? En is dat duidelijk bij de andere eerstelijnszorgaanbieders?

Zorgstandaard is voorwaarde

De KNMP is voorstander van het leveren van geprotocolleerde zorg, en is het dan ook eens met de visie van de NZa dat een door zorgaanbieders geaccepteerde en door patiëntenverenigingen gelegitimeerde zorgstandaard een voorwaarde is voor het toepassen van functionele bekostiging. Van de twee door NZa genoemde aandoeningen waarvoor een zorgstandaard beschikbaar is, geldt voor diabetes dat farmaceutische zorg geen onderdeel uitmaakt van die zorgstandaard. Functionele bekostiging kan voor diabeteszorg dus nog niet ingevoerd worden. De KNMP biedt aan een bijdrage te leveren aan een uitbreiding van de zorgstandaard diabetes die tot gevolg heeft dat deze zorgstandaard ook door apothekers geaccepteerd wordt.

Volgorde visievaststelling en vaststelling prestatiebeschrijvingen niet logisch.

De NZa geeft aan, dat de vaststelling van prestaties zal worden gebaseerd op de nog definitief vast te stellen visie. De prestatiebeschrijvingen worden echter op dit moment al gemaakt. Het is dus de zeer de vraag of de juiste volgorde wordt gehanteerd. Overigens is de KNMP van mening dat prestatiebeschrijvingen van farmaceutische zorg noodzakelijk zijn, los van de beslissing om functionele bekostiging in te voeren.

Vier niet-complexe chronische zorgvormen.

De KNMP vraagt zich af waar de kwalificatie 'niet-complex' op berust. De eenvoudige diabetespatiënt bestaat niet, CVRM is per definitie complex. En daar waar de aandoening (nog) niet-complex is, is er ook nog geen zorgketen nodig.

Onderlinge dienstverlening

Als een van de huidige knelpunten stelt NZa dat er geen vergoedingen zijn voor onderlinge dienstverlening tussen eerstelijnszorgaanbieders. Dit is in ieder geval niet in zijn algemeenheid juist, want de Beleidsregel CV-5200-4.0.7.-4 bevat een paragraaf 6.

Onderlinge dienstverlening, waarin staat dat voor de vergoeding van onderlinge dienstverlening een vrij tarief geldt.

Tot slot

De KNMP hoopt, dat deze inbreng zal worden betrokken in de vaststelling van de definitieve visie. Wij zijn graag bereid, waar nodig, nadere input te leveren.

Met vriendelijke groet,

Drs. J. D. van Dalen
secretaris Hoofdbestuur