

Consultatie visie "Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen"

Door: Optometristen Vereniging Nederland

Datum: 28 mei 2009

Consultatie vraag 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?

Als Optometristen Vereniging Nederland (OVN) zijn wij van mening dat er een substantieel deel van de oogzorg naar de eerste lijn verschoven kan worden. Een deel van de oogzorg is de laatste jaren al verschoven naar de eerste lijn. Dat is ook het doel geweest van de minister toen ze in 2000 de bevoegdheden aan de optometristen formuleerde.

Op diverse plaatsen in Nederland zijn al samenwerkingsvormen ontwikkeld tussen zorgaanbieders uit de eerste lijn (huisartsen en optometristen) en de oogartsen in de tweede lijn. Diabeteszorg is daarvan een belangrijk en veel voorkomend voorbeeld. De huisarts, of meestal een zorggroep van huisartsen, heeft de medisch inhoudelijke regie over de zorg.

De zorg die de optometrist verleent, hoeft zodoende niet door de oogarts geleverd te worden. Er zijn dus geen dubbele kosten en dit bevordert de kostenbesparende substitutie van de tweede naar de eerste lijn. De patiënt gaat alleen naar de tweede lijn wanneer daar een reden voor is.

De kenmerken die de eerstelijns zorg moet hebben, "een generalistische zorgverlening, laagdrempelige toegang, zorg in de buurt, gericht op de mens in zijn (directe) omgeving, het ambulante karakter en gericht op coördinatie en continuïteit", zijn daar duidelijk op van toepassing. De optometristen kunnen de patiënten over het algemeen de zorg binnen redelijke tijd en op een redelijke afstand bieden. De zorg is daarmee rond de patiënt georganiseerd, en niet de patiënt rond de zorg. Deze betere geïntegreerde eerstelijnszorg zal de betaalbaarheid van de oogzorg zeker ten goede komen.

Wat betreft het risico op marktmacht bij de vorming van zorggroepen; niet alleen bestaat het risico dat een monopoliepositie van zorggroepen kan leiden tot excessief hoge bedragen te betalen door de zorgverzekeraar, maar tevens tot te lage vergoedingen richting de zorgaanbieder. Namelijk, wanneer de huisartsen de regie hebben, kunnen zij met het bedrag dat zij per patiënt ontvangen zorg inkopen. Het risico bestaat dat men zorg van lagere kwaliteit zal inkopen om de kosten zo laag mogelijk te houden. Denk hierbij aan verplegend personeel dat niet is opgeleid voor het verlenen van oogzorg, maar wel oogheeskundige screening bij diabetespatiënten uitvoert i.p.v. dat de huisarts een optometrist inschakelt. De verschuiving van de tweede naar de eerste lijn mag niet ten koste van die kwaliteit gaan. Een handhaving van kwaliteit zal dan ook prioriteit hebben. De opmerking in het visiedocument op blz. 37: 'het verdient voorkeur functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg alleen daar te bevorderen waar kwaliteit voldoende gewaarborgd is' onderschrijven wij dan ook ten volle. Een risico op kostenstijging door het langer in de eerste lijn houden van patiënten is daarmee ook tot een minimum beperkt.

Algemene toepassing van substitutie:

Behalve zorg voor patiënten met diabetes komen ook andere onderdelen van de oogzorg in aanmerking voor verschuiving naar de eerste lijn. Verwijzing door de huisarts naar de optometrist en ook door de oogarts naar de optometrist bij bijvoorbeeld stabiele glaucoompatiënten, controle na cataractoperatie en stabiele maculadegeneratiepatiënten behoort tot de mogelijkheden. Ook op deze gebieden vinden al samenwerkingvormen plaats en een opzet van de diabeteszorg kan een stimulans zijn voor verdere ontwikkeling van functionele bekostiging en integratie daarvan in het zorgsysteem.

Consultatievraag 2:

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

De regie betreffende het coördineren van zorgtaken naar verschillende behandelaars past het beste bij de huisarts. De regie over de bekostiging van de verschillende behandelaars zou naar onze mening alleen goed uitgevoerd kunnen worden door de huisarts (of andere partijen) wanneer goede zorgrichtlijnen/-standaarden opgesteld worden. Hierin kan aangegeven worden aan welke eisen de zorg moet voldoen. Bijvoorbeeld door welke behandelaar de patiënt gezien moet worden bij een bepaalde zorgvraag. Dit om te voorkomen dat de patiënt goedkopere zorg krijgt waarbij de kwaliteiten te wensen overlaat. Met verdere uitwerking van zorgstandaarden kan een uniform kader gecreëerd worden.

Wanneer de regie ligt bij een zorggroep, is het de vraag of zorg voldoende toegankelijk blijft voor de patiënt. Het is te overwegen om onderdelen in de zorg, zoals het onderzoek dat optometristen uitvoeren bij diabetespatiënten, zonder regierol en verwijssysteem aan te bieden binnen een systeem van functionele bekostiging.

Een model wat ontwikkeld wordt voor diabetes kan op termijn mogelijk gebruikt worden voor andere onderdelen van de oogzorg.

Consultatievraag 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 van de visie) ?

Betreffende de oogzorg bij diabetes; momenteel vinden vooral de volgende twee situaties plaats:

1. Wanneer de huisarts ontdekt dat de patiënt diabetes heeft, wordt de patiënt doorverwezen naar de oogarts in de tweede lijn voor onderzoek.
2. Wanneer de huisarts ontdekt dat de patiënt diabetes heeft, worden alleen fundusfoto's gemaakt in de eerste lijn, zonder verdere oogzorg te verlenen. Echter, oogproblematiek bij diabetes betreft niet alleen de fundus. Daarbij komt dat sommige vormen van diabetische retinopathie (macula oedeem) moeilijk op te sporen zijn met fundusfotografie. Verdere oogzorg (gezichtsscherpte bepalen, gebruik van biomicroscop, etc.) naast alleen fundusfotografie biedt meer garantie voor kwaliteit.

Hoe kan oogzorg bij diabetes vaker uitgevoerd worden in de eerste lijn zonder dat de patiënt minder goede oogzorg krijgt dan bij de oogarts. Het antwoord hierop is het inschakelen van de optometrist. Wat moet er gebeuren om ervoor te zorgen dat deze situatie meer regel dan uitzondering is? Het NZa zou in de zorgstandaarden kunnen stellen dat eerstelijns oogzorg uitgevoerd moet worden door een zorgaanbieder die hiertoe is opgeleid. Juist een samenwerking in de eerste lijn, tussen huisartsen en optometristen kan zorgen voor een veilige en kostenbesparende substitutie van de tweede lijn (oogartsen) naar de eerste lijn (optometristen). Deze verschuiving van diabeteszorg van de oogarts naar de optometrist vindt momenteel tevens plaats binnen de muren van het ziekenhuis / zelfstandig behandelcentrum.

Consultatievraag 4:

Welke maatregelen acht u van belang om transparantie van de markt voor geïntegreerde eerste lijnsverzorging te verhogen, indien functionele bekostiging daar geïntroduceerd wordt (zie paragraaf 6.3 van de visie)

Indien de prestatiebeschrijvingen/zorgstandaarden helder beschreven zijn, zal tevens transparantie optreden voor de patiënt. De patiënt weet dan bij wie hij moet zijn om

kwalitatief goede zorg te krijgen. Tevens kunnen patiëntenorganisaties betrokken worden bij het geven van transparantie. Zij kunnen informatie verstrekken over de verschillende beroepen die zorg bieden aan de patiënt, zodat de patiënt weet dat hij ook daadwerkelijk bij de juiste zorgaanbieder terecht komt.

Consultatievraag 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?

Het belangrijkste is een juiste prestatiebeschrijving: welke handelingen moeten worden uitgevoerd en op welke manier moeten deze handelingen uitgevoerd worden. Daarnaast is het van belang dat duidelijk is hoe en door wie hierop controle gehouden wordt. Voor patiënten is voorlichting zeer van belang voor het verhogen van transparantie. Zie tevens het antwoord bij vraag 4.

Consultatievraag 6:

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

Gezien een vergoeding voor de diensten van de optometrist nog niet is opgenomen in het basispakket en de optometrist zijn geleverde zorg niet kan declareren bij een zorgverzekeraar, hebben wij hier weinig ervaring mee. Ons inziens zal het wegvallen van grenzen tussen basisverzekering en aanvullende verzekering alleen maar verhelderend werken. Uiteindelijk zou de patiënt recht moeten hebben op een bepaalde standaard van zorg. Zover wij kunnen overzien zou de oogzorg bij diabetespatiënten binnen de basiszorg moeten vallen, waarbij geen sprake zou hoeven te zijn van aanvullende verzekeringen.

Consultatievraag 7

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

Gezien een vergoeding voor de diensten van de optometrist nog niet is opgenomen in het basispakket en de optometrist zijn geleverde zorg niet kan declareren bij een zorgverzekeraar, hebben wij hier geen ervaring mee.

Consultatievraag 8:

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

De OVN ziet deze belemmering in de praktijk al gebeuren. De zorg door de optometrist wordt op dit moment niet vergoed. Zou de zorg van de optometrist wel vergoed worden, dan bestaat de kans op dubbele declaratie. Stel dat een diabetespatiënt gezien wordt door een optometrist in de eerste lijn. De optometrist neemt tekenen van slechte netvliesdoorbloeding als gevolg van diabetes waar. Aanvullend onderzoek (fluoresceïne angiographie) door de oogarts is dan nodig. De oogarts zal een DBC openen waarbij ook een eerste consult ingevoerd wordt, terwijl deze patiënt dit eerste consult al bij de optometrist gehad heeft. Zou de optometrist hier een vergoeding voor hebben gekregen, dan vindt een dubbele declaratie plaats. Dit eerste consult zou dus losgekoppeld moeten worden van de DBC voor tweedelijns diabeteszorg zodat zowel de optometrist als de

oogarts een vergoeding krijgen voor de zorg die zij daadwerkelijk leveren. Op deze manier kan taakverschuiving plaatsvinden en ontstaat een betere prijs-kwaliteitverhouding

Consultatievraag 9:

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

Een ander praktijkvoorbeeld waarbij taakherschikking binnen de oogzorg beperkt wordt door verzekeringsschotten is bij de zorg op het gebied van glaucoom. Vanuit het Oogziekenhuis te Rotterdam is een samenwerking met extramurale optometristen georganiseerd op o.a. het terrein van glaucoomonderzoek. De optometristen screenen patiënten. Dit gebeurt deels uit preventie (positieve familiehistorie van glaucoom, gevonden hoge oogdruk) en deels op verzoek van de oogarts. (als terugkoppeling bij suspecte patiënten die regelmatig gecontroleerd moeten worden). Onderzoek in de tweede lijn wordt wel vergoed, echter het onderzoek bij de optometrist moet de patiënt zelf betalen. Omdat glaucoomscreening in het B segment zit, onderhandelt het Oogziekenhuis met de zorgverzekeraar over de prijs en de prestaties.

Een prestatiebeschrijving gekoppeld aan functionele bekostiging zou bijdragen aan de transparantie van de zorg, kostenbesparing voor de patiënt en bevordering van substitutie van de tweede naar de eerste lijn.

Consultatievraag 10:

Hoe beoordeelt u de conclusie van het 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 Optometristen Vereniging Nederland (OVN) stimuleert regionale samenwerking tussen eerstelijns optometristen en andere (oog)zorgaanbieders. Hierbij probeert de vereniging één lijn te brengen in de activiteiten zonder een effectieve en functionele samenwerking te beperken. In de praktijk zullen er altijd verschillen zijn in de samenwerkingsvormen. Een tussenvorm van een algemene en strikt omschreven prestatie zal daar waarschijnlijk beter bij aansluiten dan wanneer de prestaties strikt omschreven worden.

Optometristen Vereniging Nederland

Postbus 10417
6000 GK Weert
tel. 0495 – 585 748

Contactpersoon: dr. Annemieke Coops, a.coops@optometrie.nl, tel. 06 – 13 30 81 82