

Leren over functionele bekostiging

Anders dan in Engeland

De Engelse huisartsenzorg ligt met functionele bekostiging voor op Nederland. Huisarts en LHV-bestuurslid Bram Stegeman maakte samen met een groep Nederlandse bestuurders in Cambridge kennis met het Engelse systeem om alvast te leren van hun ervaringen. Functionele bekostiging gaat immers ook in Nederland ingevoerd worden.

Tekst Frank van Wijck • Foto's Isabel Nabuurs, Hadewych Veys

Minister Ab Klink van VWS komt deze zomer met definitieve voorstellen voor functionele bekostiging van chronische aandoeningen. Aanleiding is de verwachte stijging van het aantal chronisch zieken. Dit vraagt volgens de minister om multidisciplinaire zorg dicht bij huis. Functionele bekostiging is een manier om een prikkel te geven tot samenwerking tussen verschillende zorgverleners in een keten. Door hiermee de eerste lijn te versterken, ontstaat er een krachtige substitutiebeweging

De minister van VWS wil in 2010 de mogelijkheid geven om vier chronische ziektebeelden (diabetes mellitus, COPD, cardiovasculair risicomanagement en hartfalen) functioneel te bekos-

tigen. Functionele bekostiging in de brede zin van het woord betekent bekostiging op basis van een welomschreven prestatie, onafhankelijk van 'wie' die prestatie levert en 'hoe' die prestatie wordt geleverd. Verzekeraars en ketenzorgaanbieders (zorggroepen) kunnen in 2010 hiervoor DBC-contracten afsluiten. De ketenzorgaanbieder contracteert vervolgens de verschillende hulpverleners die er bij betrokken zijn (huisartsen, fysiotherapeuten en diëtisten en zo nodig tweedelijns zorgverleners zoals oogartsen).

Zorgaanbieders in de eerste lijn staan hiermee aan de vooravond van een substantiële verandering in de bekostiging van chronische zorg. De minister wil via vraagsturing de patiënt

centraal stellen. Het geld moet de zorg aan de patiënt volgen. LHV-bestuurslid Bram Stegeman: "Het is goed mogelijk dat het systeem ook echt zo gaat werken. Huisartsen werken nu al in multidisciplinaire verbanden aan kwalitatief goede eerstelijns ketenzorg. Ook de introductie van de POH'er heeft bijgedragen aan betere en gestructureerde zorg aan chronisch zieken. De zorg aan chronische diabetespatiënten, uitgewerkt in een breed gedragen zorgstandaard, is het veelgenoemde succesvolle voorbeeld. Per 2010 wil de minister de praktijk zoals die nu al in zorggroepen zichtbaar is, in de wijze van financiering gaan formaliseren. Wij als huisartsen zullen de integrale zorg goed moeten bewaken. De patiënt moet niet worden opgedeeld in losse ziektebeelden die verspreid worden behandeld. Het is in het belang van de patiënt dat ook de verschillende vormen van ketenzorg (diabetes, COPD, enzovoort) in nauwe samenhang geleverd worden. Uitgangspunt daarbij is de generalistische en integrale kijk op de patiënt."

Integraal

Met de huidige ontwikkeling van zorggroepen zijn huisartsen al behoorlijk voorbereid op de integrale bekostiging van chronische zorgketens. In zorggroepen werken clusters van huisartsen veelal als initiatiefnemers samen en worden andere zorgaanbieders gecontracteerd om de ketenzorg gezamenlijk vorm te geven. Hier zit een 'maar' aan, benadrukt Stegeman. Ook andere partijen kunnen zich als ketenzorgaanbieder gaan profileren, zoals groepen fysiotherapeuten of commerciële ketens als Vitea en Independer. Dit past bij het principe van functionele bekostiging waarbij slechts het 'wat' (de prestatie inclusief kwaliteit) wordt gedefinieerd.

"De huisarts, ook als deze is georganiseerd in een zorggroep, blijft de aangewezen partij om de regie te voeren over de keten", stelt Stegeman. "Ouderen zullen in de regel lijden aan meerdere chronische ziekten. Het is in het belang van de patiënt om de zorg niet te versnipperen over verschillende ketens, en de integrale en generalistische kijk op de chronische patiënt te bewaken. Het integrale karakter van de huisartsenzorg is een groot goed en functionele bekostiging mag niet leiden tot aantasting daarvan."

Substitutie

Met de functionele bekostiging van chronische eerstelijnsketenzorg wordt het mogelijk om zorg die nu verankerd ligt in de tweede lijn over te hevelen naar de eerste lijn. Stegeman: "Het systeem was daarvoor misschien niet bedoeld, maar de minister beoogt met functionele bekostiging zeker ook de marktwerking te bevorderen en daarmee betere en goedkopere zorg te realiseren. Een verzekeraar koopt de zorg immers in bij de goedkope eerste lijn, of bij de dure tweede lijn. Door in te zetten op de eerstelijnszorgketens kan hij, met de huisarts als centrale poortwachter, hogere kosten in de tweedelijns vermijden. De minister ziet in dat hij voor dit proces de huisartsen hard nodig heeft. Het is aan de huisartsen een belangrijke rol in te nemen in de sterk toenemende chronische zorg aan ouderen." Als bovenstaand scenario werkelijkheid wordt, dan betekent dat veel meer volume aan werk voor de huisartsen en hun praktijkondersteu-

ners. Chronische zorg is echt een groeimarkt, zeker als er taken van de tweede lijn naar de eerste lijn worden overgeheveld. Het vergt een grote inspanning om de productiecapaciteit te vergroten en daarom zal de huisarts de tijd moeten krijgen om de veranderingen te kunnen doorvoeren in zijn praktijk. Het betreft niet alleen de noodzakelijke ontwikkeling en aanpassing van registratie- en declaratiesystemen, maar bijvoorbeeld ook het aantrekken van personeel. Dat kan niet op stel en sprong en zal, zeker voor de nog te creëren ketenzorg, jaren vergen.

Al met al zal de huisarts in de loop van de komende jaren meer (chronische) zorg verlenen als partner in zorggroepen en daardoor een steeds groter percentage van zijn omzet via die zorg-

"Het is aan de huisartsen een belangrijke rol in te nemen in de sterk toenemende chronische ouderenzorg"

groepen genereren. De zorggroep verzorgt de contractering en de financiële afwikkeling van de geleverde zorg. Verzekeraars en zorggroep maken afspraken over de te leveren prestaties, de verantwoording en de integrale prijs. Voor de eerstelijnsketenzorg zal gelden dat de prestaties een vrije prijs kennen. Het ketenzorgtarief zal tot stand komen door onderhandeling tussen verzekeraars en ketenzorgaanbieder. "Daarbij is wel nood-

KLINK HEEFT HAAST MET INVOERING

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft minister Klink geadviseerd functionele bekostiging eerst voor twee ziektebeelden in te voeren per 1 januari 2010: diabetes en astma/COPD. Klink heeft dit advies naast zich neer gelegd. Hij maakt functionele bekostiging ook mogelijk voor cardiovasculair risicomanagement en hartfalen, hoewel hiervoor nog geen zorgprogramma's zijn geschreven.

zakelijk dat de NZa voor de afzonderlijke ketens een prestatie vaststelt op basis van een zorgstandaard", zegt Stegeman. "Voor diabetes bestaat die al, voor COPD is deze ver in ontwikkeling, maar voor de andere twee door Klink aangewezen aandoeningen (cardiovasculair risicomanagement en hartfalen) zijn ze er nog lang niet. Zonder zorgstandaard is functionele bekostiging van een specifieke zorgketen niet goed uitvoerbaar. Feitelijk betekent dit dat in 2010 alleen gestart kan worden met diabetes mellitus."

Puntensysteem

Stegeman ziet hierbij een groot risico in administratieve rompslomp. "De afspraken hiervoor zijn nog grotendeels in ontwikkeling", zegt hij, "en veel en uitgebreide indicatoren leiden tot

veel en uitgebreide administratie. Om dit te voorkomen, moeten landelijke afspraken worden gemaakt over wat een zorgprogramma moet inhouden, welke indicatoren daarbij echt noodzakelijk zijn, en welke kunnen worden weggelaten zonder dat de kwaliteit daar onder lijdt."

De Engelsen, die ketenbekostiging al langer kennen, hanteren hiervoor Quality Outcome Framework, ofwel QOF. In feite zijn deze QOF's niet meer of minder dan een enorme lijst indicatoren. Het volgen van de QOF's is dwingend, ongeacht de vraag of het medisch nuttig is. Alleen al voor diabetes bestaan er al rond de dertig. Er bestaan nu tien inhoudelijke en zeven organisatorische aandachtsgebieden. Door de indicatoren bij te houden, zijn jaarlijks punten te behalen. Hoe meer punten, hoe hoger het inkomen van de huisarts.

Stegeman legt uit: "Zoals het in Engeland is, moeten wij het niet willen. Je kunt je voorstellen wat dit voor gevolgen kan hebben. Een patiënt komt binnen en zegt pijn in de rug te hebben, maar het protocol van de huisarts zegt dat de bloeddruk nog gemeten moet worden en dat er een uitstrijkje moet komen. Als het bijhouden van indicatoren zinvol is, leidt dit tot betere zorg. Die bloeddruk en dat uitstrijkje zijn immers op zich wel nuttig. Maar als er een te sterke koppeling is van die indicatoren met het inkomen van de huisarts, kan het medisch handelen uit balans gebracht worden. Patiënt en huisarts hebben dan verschillende agenda's in het hoofd. De agenda van de huisarts is daarbij op zich niet slecht, maar die sluit niet aan bij waar de patiënt voor kwam."

Bijzondere bekwaamheden

Een andere Engelse ontwikkeling is dat huisartsen de marktwerking in de zorg hebben aangegrepen om hun bijzondere vaardigheden optimaal te gebruiken. General Practitioners with a Special Interest (GPSI's) hebben hiervoor samenwerkingsverbanden gezocht, waarin ze bijzondere verrichtingen aanbieden naast hun reguliere praktijkuitoefening. Zoals het vervaardigen van ECG's, echo's of uitgebreidere chirurgische verrichtingen. Dit aanbod is praktijkoverstijgend georganiseerd. Men zoekt nog naar een zinvol en praktisch accreditatiesysteem voor GPSI's.

In Nederland kennen wij daarvoor het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB) en hebben wij voor financiering de M&I-verrichtingen. Die vormen echter een tijdelijke voorziening. Op termijn moeten die plaatsmaken voor reguliere tarieven. Stegeman: "De LHV zou graag zien dat huisartsen die in dezelfde regio actief zijn, op de hoogte zijn van elkaars specialiteiten en op basis daarvan naar elkaar doorverwijzen. Doorverwijzing naar elkaar zit de reguliere zorgverlening van de huisarts niet in de weg, maar verbreedt wel het huisarts-geneeskundig aanbod. In Engeland heeft dit echt momentum

gekregen en hebben huisartsen er zelfs aparte bedrijfjes voor opgezet.”

Overgangstermijn

Wat is nu, alles overwegende, het standpunt van de LHV ten aanzien van functionele bekostiging? Stegeman: “Allereerst moeten we vaststellen dat de huisarts in de toekomst ook blijft staan voor generalistische monodisciplinaire zorg. Deze zorg is persoons- en contextgericht en wordt dicht bij huis geleverd. Deze basishuisartsenzorg zal nog steeds de bulk van de activiteiten van de huisarts bepalen en moet adequaat bekostigd worden. Daarnaast zal de huisarts in de toekomst een steeds groter deel van zijn omzet verwerven uit chronische ketenzorg in een multidisciplinaire context. Samenwerking in chronische ketenzorg leidt in de regel tot betere zorg, mits de generalistische en integrale kijk op de patiënt het uitgangspunt blijft. Er mag geen versnippering van zorg optreden. Met deze uitgangspunten is de LHV voorstander van functionele bekostiging van een beperkt aantal chronische ketens. Voorwaarde is dat er breed gedragen zorgstandaarden zijn. Op dit moment is slechts voor diabetes mellitus een zorgstandaard beschikbaar. De LHV stelt voor in 2010 met diabetes mellitus te starten. Voor de andere onderdelen van de huisartsenzorg wijst de LHV functionele bekostiging af, omdat het fragmentatie van de zorg tot gevolg zal hebben waardoor de generalistische kijk wordt uitgehold.”

Hetzelfde geldt voor de indicatorensets van de verschillende ketens. “Het tempo van invoering moet reëel zijn”, zegt Stegeman. “Afgezien hiervan zal een belangrijke vraag blijven: hoe gaat het met de solist op het platteland die zich niet wil of kan aansluiten bij grotere verbanden? Ook voor die solist moet ruimte blijven om te bestaan. Daarom vindt de LHV dat er sprake moet zijn van een overgangstermijn voor huisartsen om in te schuiven in het systeem van functionele bekostiging van de chronische ketens. Bij de overgang moeten we ervoor waken dat niet alle aandacht gericht is op de functionele bekostigde chronische zorg, maar dat ook de monodisciplinaire basishuisartsenzorg adequaat gefinancierd blijft. De bekostiging moet recht doen aan de specifieke kenmerken van de praktijkpopulatie. Verder moeten er ook in de toekomst mogelijkheden blijven bestaan voor modernisering en innovatie. De invulling van functionele bekostiging verdient dus nauwkeurige aandacht. Huisartsen zullen zich moeten realiseren dat ondernemerschap een klus is. Afspraken maken met financierders en andere zorgverleners in eerste en tweede lijn kost tijd en geld en zal veelal worden ondergebracht bij zorggroepen. De ontwikkeling van door huisartsen georganiseerde zorggroepen gaat hard en de LHV steunt die ontwikkeling. Zorgvuldigheid is echter geboden.” ■

Voor meer informatie, zie het dossier functionele bekostiging op www.lhv.nl