



Integrale bekostiging

In 2010 is het precies 65 jaar geleden dat er een eind kwam aan de Tweede Wereldoorlog. Dat was het begin van de babyboom. De generatie van de stijgende lijn. Een stijgende mondigheid, een stijgende welvaart, een stijgend gewicht en een stijgende levensverwachting. Met een dalend gemiddeld aantal nakomelingen.

Meer dan de helft van de 65-plussers heeft een of meer chronische ziekten. En juist daar zit dus het probleem in de gezondheidszorg. Want geboortegolf van toen is de vergrijzingsgolf van nu. Een vergrijzingsgolf die gepaard gaat met een krimp aan arbeidskrachten.

Doortastende aanpak

In de 'Toekomstverkenningen eerstelijnszorg 2020', uitgegeven door het RIVM in 2005, toonden grafieken onweerlegbaar de explosieve stijging aan van het aantal chronisch zieken. Reden voor de overheid om daarmee serieus aan de slag te gaan. Beleid op de aanpak van diabeteszorg werd speerpunt van minister Hoogervorst en zijn opvolger Ab Klink breidde dat verder uit. Want structurele aanpak van de chronische zorg leidt tot veel betere kwaliteit en minder complicaties. En nu staan we aan de vooravond van de invoering van integrale bekostiging. Een doortastende aanpak dus.

In de eerste lijn was de aanpak minstens net zo doortastend. Waren er nog maar 10 zorggroepen in 2007, inmiddels is dat aantal uitgegroeid tot ruim 100. Van groot tot klein, van alleen diabeteszorg tot een brede inzet voor meerdere chronische aandoeningen, van alleen huisartsen tot multidisciplinair.

Invoering per 2010

Chronische aandoeningen vereisen andere zorgconcepten. Niet gericht op genezing, maar op het voorkomen van erger. Het gaat om structurele zorg van verschillende disciplines en de patiënt zelf speelt daarin ook een grote rol. Om die vereiste samenwerking goed te kunnen financieren, heeft minister Klink de integrale bekostiging ingevoerd. Per 1 januari gaat het om diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement (cvrm), waarschijnlijk per 1 juni ook copd, mits de zorgstandaard is geautoriseerd.

Zorgstandaard

De zorgstandaard is de norm! Daarin staat waaraan de zorg moet voldoen, inhoudelijk en procesmatig. Die zorg is functioneel omschreven, dat wil zeggen: niet wie, maar wat. De onderdelen zijn uitgewerkt in richtlijnen. Er is een overgangperiode ingesteld van drie jaar. 'Maar daarna wordt de zorg voor een chronische aandoening al één bekostigd als de zorg in samenhang wordt geleverd', waarschuwt minister Klink. 'Het is beslist niet vrijblijvend! De zorg moet integraal, als één samenhangend pakket, worden aangeboden.' Zijn motief? 'Ketenzorg leidt aantoonbaar tot minder complicaties en minder ziekenhuisopnamen. Dat komt de kwaliteit van leven van de patiënt direct ten goede.'

Vrij onderhandelbaar tarief

De integrale bekostiging wordt aangeboden in de context van de eerste lijn, inclusief de consultatiefunctie en eventueel andere taken van medisch specialisten. Voor dat pakket is geen vaste prijs vastgesteld. De hoofdcontractant onderhandelt over het prijskaartje van het totale pakket met de zorgverzekeraar, de keten-dbc. In dat prijskaartje zijn vooralsnog niet meegenomen: geneesmiddelen, hulpmiddelen en eerstelijnsdiagnostiek. Naar verwachting is dat per 2011 wel het geval.

Hoofdaannemer

De hoofdcontractant is een organisatie met rechtspersoonlijkheid, bijvoorbeeld een stichting, coöperatie e.d. De NZa stelt dat de hoofdcontractant moet beschikken over de competenties om basis-huisarts-geneeskundige zorg te kunnen aanbieden. Echter: de hoofdaannemer hoeft die zorg niet zelf te verlenen. Dat betekent dat niet alleen gezondheidscentra of groepen eerstelijnszorgverleners kunnen optreden als ketenzorgorganisaties (meestal "zorggroepen" genoemd), maar ook het ziekenhuis of bijvoorbeeld een groep medisch specialisten. Deze hoofdaannemer onderhandelt dus met de zorgverzekeraar, maar vervolgens ook met de "onderaannemers" die de zorg leveren.

Onvolkomenheden

Kortom: een lastige constructie, met de nodige onvolkomenheden. Zoals het verschil in positie tussen de hoofdaannemer en onderaannemer. De relatie met de thuiszorg en farmacie. De preventie die nog niet in het verzekerd pakket zit. Het voorkomen van dubbele bekostiging. De co-morbiditeit bij patiënten met chronische ziekten. De verschuiving van zorg in de tweede naar de eerste lijn. En zo zijn er nog wel wat problemen te bedenken. Ook Marc Berg, programmaleider VWS, geeft eerlijk toe dat het systeem zeker niet volmaakt is. Desondanks: 'Het is de morele plicht de zorg voor chronische patiënten optimaal te organiseren en de kosten door vermijdbare gezondheidsschade allereerst aan te pakken. Daarvoor moet de eerste lijn zich inzetten.'

Geboortegolf van toen is
vergrijzingsgolf van nu