



Landelijke Vereniging
Georganiseerde eerste lijn

Verslag Zorggroepen platformbijeenkomst 24 juni 2009

Opening Marc Roosenboom, LVG

Hartelijk welkom iedereen. Er spelen spannende zaken op het gebied van chronische zorg, die de zorggroepen direct raken. Naast de functionele bekostiging is er nog een ingrijpend traject, namelijk Zichtbare Zorg met prestatie-indicatoren. Het consultatiedocument voorlopige minimale dataset chronische zorg is vandaag verschenen.

Jan Erik, directeur Common Sense en Jeroen Struis, onderzoeker RIVM koploperprojecten diabetes

De strategische agenda voor zorggroepen is de explosieve groei van osteoporose, diabetes, astma, COPD, depressie, hartinfarct, beroerte, hartfalen, borstkanker en dementie. Voor deze tien grote ziektebeelden zullen zorgstandaarden worden ontwikkeld de komende jaren en daarvoor moeten zorgprogramma's komen.

Betaalbaarheid van de zorg

De sterke groei heeft ook effect op de betaalbaarheid van de zorg. RVZ heeft daarover in december 2008 een rapport uitgebracht, met mogelijkheden om de kosten te beheersen. Enkele mogelijkheden daartoe zijn:

- Het pakket smaller maken, met meer zaken in de aanvullende verzekering. Echter: dan wordt de aanvullende verzekering duurder en het is risicovol, als minder gezonde mensen een aanvullende verzekering meer nemen. Bovendien levert het een tweedeling in de zorg op. Dat is politiek beladen
- Eigen betalingen. Je ziet gelijk dat dit geen geaccepteerde methode is.
- Productiviteit verhogen: dat kan door taakdifferentiatie. Dan is de prijs per eenheid lager en behaal je efficiency. Maar daar staan coördinatiekosten tegenover. Productiever werken is moeilijk te realiseren.
- Marktwerking versterken middels de inkoopfunctie van zorgverzekeraars. Daarin wordt momenteel ingezet. Er zitten veel haken en ogen aan. Nu is inkoop in tweede lijn goedkoper dan in eerste lijn vanwege vereveningssystematiek. Men wil het systeem daarop aanpassen.
- Beloningsstructuur van bestuurders en de professionals. Zo zijn specialisten er fors op vooruit gegaan na invoering dbc. De resultaten van de huisartsmonitor van de kostenonderzoek zijn niet breed uitgemeten in de pers, ook al zijn ze meer gaan verdienen. De NZa kijkt er wel naar, maar VWS zegt huisartsen nodig te hebben voor substitutiebeleid. Bovendien heeft huisarts belangrijke taak voor invoering EPD.

Als je marktwerking gaat invoeren als systeem om te komen tot mindere kostenstijging ontstaat schaalvergroting. Aan de kant van patiënten, zorgverzekeraars en inmiddels ook de eerste lijn, startend bij de huisartsen.

Marktwerking betekent ook het opschroeven van het B-segment in ziekenhuis-dbc's tot 50%. Ziekenhuizen dreigen daardoor een deel van de zorg kwijt te raken en daardoor ontstaat marktwerking voor de patiënten die tussen eerste en tweede lijn in hangen. Dat proces wordt komend jaar versterkt. Helaas komt COPD niet in het B-segment in 2010. Daardoor is het nog maar de vraag of zorgverzekeraars grootschalig COPD-programma's zullen contracteren in de eerste lijn. De kosten komen dan voor de zorgverzekeraar. Daarnaast is de ontwikkeling van de COPD-zorgstandaard nog lastig.

Bevinden uit evaluatie zorggroepen

De RIVM-evaluatie gaat over 10 zorggroepen en is ingehaald door de werkelijkheid. Het aantal zorggroepen zit nu boven de 100. Het gaat heel erg snel.

Keten-dbc betekent:

- 1 prestatie/zorgpakket tegen een integraal tarief
- 1 hoofdcontractant (lijnonafhankelijk)
- beperkt zich tot ongecompliceerde basiszorg
- activiteiten zijn omschreven, tarief is vrij
- wordt gesloten als ziekenhuis-dbc wordt geopend

Model: een zorgverzekeraar contracteert een zorggroep op basis van NDF-standaard. De inhoud van het ketencontract is NDF-standaard. Er zitten verschillende rechtsvormen onder. De zorggroep kan zorgverleners in dienst hebben. En als laatste is er de patiënt. Hij heeft een relatie met de onderaannemers en met de hoofdaannemer. De vraag is hoe het zit met de verantwoordelijkheden van de hoofdaannemers.

De zorggroepen hebben aantal kernelementen:

- goede zorg
- multidisciplinair overleg
- protocol
- oproepsysteem bij no show
- bij- en nascholing
- patiëntenparticipatie (alle zorggroepen zijn zoekende om die rol te versterken en kiezen daarvoor verschillende manieren)
- multidisciplinair elektronisch patiëntendossier (HIS/KIS)

Verschillen

De voornaamste verschillen in zorggroepen vormen de rechtsvormen en het aantal participerende partijen (variërend van 7 tot 100 huisartsen).

De contracten verschillen eveneens. Ze zijn conform de zorgstandaard, maar dieetadvies zit er niet altijd in, evenals begeleiding stoppen met roken, terwijl dat wel in de zorgstandaard staat. Daarnaast zitten medicatie, hulpmiddelen, bewegen onder begeleiding, educatie/zelfmanagement er niet in.

Verschillen zit op het niveau van additionele huisartscontacten. Zit niet altijd in het contract. In het contract wordt vaak niets over gezegd. Aanvullend voetonderzoek (vallen wel onder basispakket), begeleiding met roken.

Er zit grote variatie in het tarief. Deze is enigszins zorginhoudelijk te verklaren, evenals speling in de ICT, maar niet volledig, want het gaat om een factor 2: van € 257 tot € 474. De meeste bedragen zitten tussen € 400 en € 474. De zorggroepen hadden geen referentiekader en hebben wellicht te hoog of te laag onderhandeld.

In de contracten is de verantwoordingsinformatie beperkt opgenomen. De aansprakelijkheden en verantwoordelijkheden zijn onvoldoende omschreven. Zie daarvoor het artikel van de Bruin & Struijs, Keten-dbc's en zorggroepen onder de loep, JGRplus, dec. 2008.

Vergelijking

Een van de dingen waar de LVG naar kijkt: wat mogen de zorggroepen met elkaar in het kader van uitwisseling van informatie? Uiteraard is vergelijking lastig, omdat er verschillen zijn qua inhoud. De zorgverzekeraar gaat er vanuit dat partijen niet mogen overleggen over prijzen, maar zelf hebben ze de prijzen wel. In praktijk betekent dat, dat de zorgverzekeraar kijkt hoe hij het gunstige uit kostprijs komt en bedrag X noemt. Overigens kost een niet-complexe diabetes-dbc in het ziekenhuis € 700.

(Geen) conclusies

Het betreft een 0-meting in 2007 en een 1-meting na 12 maanden. Het aantal interventies is echter te klein om er conclusies aan te kunnen verbinden. Verschillen worden verklaard door data-artefacten, niet door verschil in kwaliteit. Het is goed om dit alles de komende jaren te blijven volgen. Het is 0-meting van 2007: en 1-meting na 12 maanden.

Indicatoren zeggen niet alles, zo is er een zorggroep met een hoge uitkomst op Hba1c. Maar juist bij deze zorggroep is de substitutie goed op gang gekomen.

De dataverzameling is overigens een enorme klus. De ICT is van cruciaal belang. De vraag is wat de gegevens zeggen. Er zal een benchmark mogen komen tussen de zorggroepen. Want zorgverzekeraars gaan de discussie aan over de gegevens, dan moet je kunnen vergelijken met een ander.

Governance code

De organisatie van zorggroepen komt niet altijd overeen met de governance code. Die beschrijft hoe een organisatie opgebouwd zou moeten zijn, vanuit maatschappelijk belang. Zorggroepen blijken niet altijd op de hoogte te zijn met de governance code. Dan kan het gebeuren dat de huisarts eigenaar is van de zorggroep en tegelijk onderaannemer. Een aantal zorggroepen moeten een Raad van Toezicht hebben. Ze vallen onder de WTZi (Wet Toezicht Zorginstellingen), maar als er minder dan 50 werknemers zijn, is een Raad van Toezicht niet verplicht.

Vraagstukken

Het betreft een verticale integratie van de zorggroep. De huisartsen zijn uitvoerder, eigenaar, poortwachter, en hebben een vrij centrale positie. De NMa kijkt in hoeverre de marktwerking werkt in deze structuur. Is er een evenwichtige onderhandelingspositie tussen alle partijen? De rol van de zorggroep, huisarts die tevens eigenaar is, heeft een machtige positie. Is er dan misbruik van de inkoopmacht? Er zijn onderaannemers die zeggen dat er absoluut sprake is van inkoopmacht: er zijn wel dingen aangemeld bij de NZa (niet bij NMa). De grens tussen marktwerking is en misbruik van marktmacht is niet duidelijk.

Zorgverzekeraars zien ook die marktmacht en maken zich zorgen. Eén zorgverzekeraar heeft aangegeven er problemen mee te hebben. Overigens is marktmacht pas een probleem als je er misbruik van maakt.

Soms is er sprake van een bypass. Bijvoorbeeld een zorggroep die de dieetadvisering niet heeft kunnen uitonderhandelen. Vervolgens geven ze patiënten een additionele verwijzing naar de dieetadvisering. Dan bijt de zorgverzekeraar in zijn eigen staart. Ook ontstaan discussies over de contracten: zit hypertensie er wel of niet in? En is voetcontrole van de podotherapeut huisartsenzorg of niet? Dat zijn grensdiscussies.

Met de zorggroepen wordt de continuïteit in ketenbesteding gerealiseerd. De zorggroep wordt ketenregisseur en dat de gelijkwaardige samenwerking onder druk. De rol van de patiënt moet verder versterkt worden en het is de vraag hoe zorggroepen dat willen organiseren.

Dé diabetespatiënt bestaat niet. Er zijn vraagstukken ten aanzien van multimorbiditeit. Daarover moet worden nagedacht. Dubbele besteding vormt een gevaar voor de macrokosten. Die substitutie moet wel echt plaatsvinden. Preventie en zelfmanagement zit er niet in en dat is een rare knip. De aanzuigende werking leidt tot eerder opsporen en daar is niets op tegen.

Beleid van VWS

Invoering keten dbc per 2010

Het voorstel voor functionele besteding voor diabetes, COPD, CVR en hartfalen wordt op 3 juli aangeboden aan de minister. Het veld vindt dat het te snel gaat, maar VWS zet door en maakt het technisch mogelijk om per 2010 te starten. De minister wil de zorgprogramma's positioneren in de eerste lijn, in de huisartsenzorg. Hij gaat ervan uit dat er betere kwaliteit wordt geleverd, minder ziekenhuisopnames en minder kosten.

Substitutie

Dat moet leiden tot minder dbc's enkelvoudige zorg in de tweede lijn. Substitutie. Succes en falen hangt samen met de kwaliteit van zorginkoop van de zorgverzekeraars. Een randvoorwaarde is de afschaffing van de methodiek van vereveningsstelsel.

De afbouw vindt geleidelijk plaats. Naarmate dat wordt versneld, wordt het interessant om bij de eerste lijn in te kopen. Als dat geleidelijk gebeurt, neemt het in de eerste lijn toe en in de tweede lijn af. Het heeft tijd nodig. Dan kan het gaan werken. Dat leidt tot lagere zorgkosten door gestandaardiseerde zorg, met ontkoppeling van dubbelingen in de uitgaven. Dat kan leiden tot besparing. In de overleggen presenteert VWS de invoering als budgetneutraal. Rekenmodellen worden momenteel gebruikt voor het concept hartfalen-dbc.

Rol huisarts

Men wil meerdere zorgprogramma's en VWS gaat ervan uit dat dezelfde partij geïntegreerde zorg levert, met dezelfde mensen. Er komt dwingendheid om alle zorgprogramma's uit te voeren. Dan is het mogelijk niet handig om te werken met verschillende BV's. VWS zegt nadrukkelijk: degene die de zorg uitvoert, ook huisartsenzorg uitvoeren. Huisartsen zijn daarmee de meest geschikte partijen. VWS geeft de huisarts een belangrijke rol, maar het gaat om huisartsenzorg binnen de eerstelijnszorg. Daarmee maak je geen misbruik van de positie en er is enorm potentieel van kennis en kunde van andere partijen. Maar the lead ligt bij 90% van de huisartsen. Dat is niet zo erg, omdat het lastig is het in te voeren met veel partijen. Alleen de huisarts mag verwijzen voor de 4 zorgprogramma's: ook hier dus weer de rol voor de huisarts.

De hoofdaannemer moet basis huisartsenzorg leveren. Men wil daarbij een minimale lastendruk en het monitoren van de marktmacht. Fysiotherapie (beweegkuur) zit in 2010 niet in de dbc, dat is lastig. Podotherapie en stoppen met roken zitten niet in het basispakket.

Er zijn vrije prijzen, zonder prijsplafond. De markt moet het regelen en men vertrouwt erop dat het goedkoper wordt.

CVR en hartfalen zitten in het B-segment, COPD niet. VWS geeft aan dat de zorgprogramma's op termijn wel in B-segment moeten komen, maar dit is al twee keer uitgesteld. Zodra een tweedelijns-dbc wordt geopend, wordt de eerstelijns-dbc gesloten. Daar moeten gezamenlijke afspraken voor komen, de zorggroep loopt er anders risico mee, ook al omdat de zorggroep anders de onderaannemers onterecht betaalt. Het moet glashelder zijn wie hoofdbehandelaar is.

Keten-dbc is niet verplicht per 2010. Het is nog twee jaar mogelijk te declareren op de oude wijze. Maar dat gaat men ontmoedigen door tarief naar beneden bij te stellen. Straks wordt deelname in zorggroep maatschappelijk afgedwongen. In het werken met een koptarief gaan ook zaken veranderen. Er gaat straks een substantieel bedrag van de organisatie naar de onderaannemers. Dat is een groot verschil en je moet de organisatie dan stevig neerzetten.

Zorgstandaarden

Alleen de diabetesstandaard is gereed en vastgesteld in 2005, voor de invoering zorgwet. Omdat de zorgstandaard nu wordt gebruikt voor de zorginkoop, wil iedereen daarin voorkomen. De vaststelling gebeurt op basis van consensus. Eigenlijk zou er een onafhankelijk scheidsrechter moeten komen om ze vast te stellen. De zorgstandaard CVR is gepubliceerd, maar nog niet geautoriseerd. Van de zorgstandaard hartfalen verschijnt het eerste concept in 2009. En COPD moet nog worden geautoriseerd. VWS zegt dat ze wel in een dusdanig stadium zijn om er mee te gaan werken.

De keten houdt niet op bij de eerste lijn, maar is lijnsonafhankelijk. De opzet is dat de hoofdaannemer (de huisarts) een consult regelt van de medisch specialist en de specialist betaalt tot het moment dat patiënt de tweede lijn in gaat.

Minimale dataset

De NZa gaat in zijn beleidsregel een rapporteverplichting aangeven van een minimale dataset, die wordt vastgesteld door Zichtbare Zorg. Het wordt topprioriteit.

Zichtbare Zorg (ZiZo) heeft de keuze om de lat laag te leggen (met veel zorggroepen) of hoog (en zorggroepen later instromen). Voor de operationalisatie sluit ZiZo aan bij Nictiz. Het idee is dat er een set komt die een zorggroep nodig heeft voor uitvoering.

Bijvoorbeeld: wat moet diëtist aanleveren? Die rol moet de zorggroep op zich nemen en eisen stellen aan onderaannemers. Zorggroepen hebben al te maken met de verantwoordingsinformatie aan hoofdaannemer, veelal via KIS. Spiegelinformatie is ook van belang. En op termijn informatie voor de patiënt. Als het goed is gaat de zorggroep met deze gegevens de eigen huishouding op orde brengen. Dan hoeft minimale dataset geen extra bureaucratie op te leveren.

De minimale dataset is opgesteld voor diabetes, COPD en CVR. Niet voor hartfalen, omdat de zorgstandaard nog niet bekend is. VWS wil deze toch opstellen op basis van de multidisciplinaire richtlijn. RIVM vindt principieel dat er eerst draagvlak moet zijn in het veld. Op 11 juni is er een meeting geweest, nu vindt een schriftelijke consultatieronde plaats tot 15 juli. Daarna komt er een besluit en dan moet Nictiz in een week de variabelen er aan hangen. De termijnen zijn heel kort.

De zorgverzekeraar kan naast de minimale dataset nog aparte data eisen, maar dan moet hij er voor betalen. Zorgverzekeraars ondersteunen de minimale dataset. De HIS/KIS-leveranciers moeten de systemen aanpassen. De set is overigens niet zo beperkt. Er zitten nog geen

Huisartsenfinanciering

De discussie over eventuele aanpassingen moet nog plaatsvinden. Men stelt voor om de POH-module te laten vervallen, om dubbele betaling te voorkomen. Er is geen wijziging voor POH-ggz. De herhaalreceptuur wil men aan inschrijftarief koppelen. De M&I-module vervalt deels, alleen zorg die leidt tot directe substitutie (spiraaltje, hechten e.d.) kan daarin. En dan heet het niet meer M&I, maar plus-module. En in 2011: afschaffing van ongelabelde consulten en een gedifferentieerd inschrijftarief.

Het is de vraag of het zo ver komt, omdat het geen echte kostenbesparingen oplevert. De grote uitgaven, zoals ziekenhuiszorg, nemen mogelijk de overhand. In de planning zal het budget naar verwachting tussen de 0% en -5% uitkomen ten opzichte van dit jaar. Er gaat in ieder geval iets veranderen, met gevolgen voor zorggroepen.

Uitdagingen van zorggroepen zijn:

- Doorontwikkeling van zorgprogramma's. De vaart zit erin en als zorggroepen het niet oppakken, dan is het erg aantrekkelijk voor andere partijen om dat te doen. De eerste lijn moet de uitdaging opnemen
- Rekening houden met de ontwikkelingen, dus ook tempo houden
- De capaciteit en de competenties van andere eerstelijnsaanbieders benutten. Maatschappelijk draagvlak krijg je door samenwerking
- Een goede samenwerkingsrelatie met ziekenhuizen is nodig, maar het is de vraag hoe zich dat verhoudt tot de concurrentie in het B-segment.

Volgende bijeenkomst: 9 september 2009, NBC Nieuwegein, aanvang 16.00 uur