

Twaalf vragen over fun

Heleen Croonen

Op 1 januari is een start gemaakt met functionele bekostiging. De minister beoogt daarmee de zorg aan chronische patiënten minder per verrichting te vergoeden en meer per patiënt. Twaalf vragen en antwoorden over dit lastige concept.



Wat is functionele bekostiging?

Functionele bekostiging betekent dat de zorgverzekeraar een prijs betaalt voor een welomschreven zorgprestatie, uitgevoerd door een multidisciplinaire groep zorgverleners. Het heet ook wel integrale bekostiging of bekostiging van keten-DBC's.



Wat is een 'welomschreven zorgprestatie'?

Dat is zorg die is omschreven in een zorgstandaard. Een keten-DBC bestaat uit alle multidisciplinaire afspraken over wie wat moet doen om een zorgprestatie uit te voeren. Vanaf 1 januari betalen zorgverzekeraars voor twee zorgstandaarden: die van de Nederlandse Diabetes Federatie en die van het Platform Vitale Vaten. De laatste is een bewerking van de CBO/NHG-richtlijn cardiovasculair risicomanagement. In juli komt er functionele bekostiging voor COPD, vanaf januari 2011 voor hartfalen. Geneesmiddelen, diagnostiek en hulpmiddelen vallen nog buiten de keten-DBC's, maar het plan is om dat te veranderen in 2011.



Zijn er nog andere eisen aan de zorgprestatie?

Jazeker. Volgens de plannen zal vanaf 2011 wor-

den gewerkt met prestatie-indicatoren. Betere kwaliteit kan dan beter worden vertaald in een hogere prijs en vice versa. Tot die tijd zijn er transparantie-eisen, verplichte kost voor deelname aan een keten-DBC-contract. Deze eisen zijn vastgelegd in de 'minimale datasets' van Zichtbare Zorg, voor diabetes type II, vasculair risicomanagement en COPD. Vanaf de start van een keten-DBC moeten deelnemende zorgverleners hun prestaties dus noteren. Begin 2011 wordt deze rapportage verplicht. In de loop van 2010 wordt besloten wie deze gegevens allemaal mag inzien.



Wie gaat werken met functionele bekostiging?

De regisseur annex hoofdcontractant onderhandelt met de zorgverzekeraar, declareert het bedrag en betaalt vervolgens de deelnemende zorgverleners. In de meeste gevallen zullen huisartsen deze centrale positie krijgen, omdat huisartsenzorg een verplicht onderdeel is van de keten-DBC.

Maar iedereen kan regisseur zijn, ook mensen buiten de zorg. De uitvoering moet wel in handen zijn van zorgprofessionals, met name de voorbehouden handelingen (Wet BIG).

De professionals zijn persoonlijk verantwoordelijk voor de zorg die ze leveren, niet de regisseur of de hele groep. De prijzen staan niet vast, noch de prijs per zorgprestatie, noch de bedragen die de deelnemende zorgverleners ontvangen.

functionele bekostiging



Wat is een zorggroep?

Dat hangt ervan af aan wie je dat vraagt. Volgens de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) zijn zorggroepen 'organisaties die met zorgverzekeraars contracten sluiten om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren met als doelstelling de kwaliteit van zorg te verbeteren'. Volgens ZonMw is een zorggroep 'een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd. Met de term "zorggroep" wordt de hoofdcontractant van het keten-DBC-contract bedoeld en niet het team van zorgverleners dat de feitelijke zorg verleent.' VWS hanteert de definitie van de LVG.

Volgens een nulmeting van de LVG werkt 71 procent van de huisartsen al in een zorggroep en voert minimaal één zorgprogramma uit.



Waarom wil de minister functionele bekostiging?

De minister wil betere zorg voor chronisch zieken. Met deze nieuwe manier van financieren hoopt hij dat zorgverleners meer multidisciplinair gaan samenwerken. Ook krijgt de patiënt geen zorg 'dubbel'. Dat laatste is vooral een probleem omdat er ook dubbel wordt betaald, zowel aan het ziekenhuis als aan de huisarts. En er vindt zorg in het ziekenhuis plaats die een huisarts ook kan uitvoeren. Zonde van het gemeenschapsgeld, vindt de minister, al noemt hij de nieuwe financiering uitdrukkelijk geen bezuiniging. 'Ketenzorg is bittere noodzaak als we solidaire gezondheidszorg in stand willen houden', zei Klink in een toespraak afgelopen zomer.



Niet alle ketenzorg zit in het basispakket. Niet alle diabetici of hartpatiënten zitten bij één zorgverzeke-

raar, een patiënt heeft vaak meerdere aandoeningen. Hoe gaat dat in zijn werk?

Critici vrezen voor kafkaëske toestanden.

De minister ook. 'Er zijn patiënten met zo'n complex ziektebeeld dat dat niet te vangen is in aandoeningsgerichte zorg', aldus een toespraak. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) zal over dit probleem een advies uitbrengen aan de minister. Tweede probleem is dat patiënten voor een keten-DBC moeten bijbetalen als de aanvullende verzekering tekortschiet. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) besluit in het voorjaar van 2010 of de keten-DBC's als geheel in het basispakket kunnen. Patiënten kunnen overigens niet zowel een keten-DBC diabetes als een keten-DBC cardiovasculair risicomanagement krijgen, want het voorkomen van hart- en vaatziekten is al onderdeel van de zorgstandaard diabetes. De adviesgroep Ketenzorg, een samenwerkingsverband van NHG/LHV en VHN, helpt zorggroepen om gezamenlijk ketenzorg aan te bieden en in te schrijven op aanbod van de zorgverzekeraars. Klachten over onderhandelingen kunnen zorgverleners kwijt bij www.meldpuntcontractering.nl, een website van de Adviesgroep Ketenzorg in samenwerking met de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.



Wat betekent functionele bekostiging voor de inkomsten van de huisarts?

De extra inkomsten van de keten-DBC's betekenen niet automatisch dat de huisarts meer gaat verdienen, want er vallen ook inkomsten weg. Hoe het uitpakt, hangt van een aantal zaken af. *Inschrijftarief:* Het jaarlijkse inschrijftarief per patiënt gaat omlaag van 52 euro naar 48,50 euro. Voor een normpraktijk van 2500 patiënten is dat een verlies van 8750 euro. Op macroniveau is dat de 60 miljoen die op de huisartsen wordt gekort, maar alleen in 2011 komt dit bedrag weer terug, zonder voorwaarden. Daarna blijft de korting op het inschrijftarief echter gehandhaafd.

Herhaalrecepten: Sinds 1 januari kan de huisarts geen herhaalrecepten meer declareren. In ruil daarvoor krijgt hij een hoger inschrijftarief. Voor mensen tot 65 jaar is dat 8,07 euro, voor mensen ouder dan 65 jaar 27,56 euro en boven de 75 jaar is het 41,33 euro. De ene huisarts zal dus minder geld uit het inschrijftarief krijgen voor herhaalrecepten, de andere meer. De LHV heeft een rekenmodule op haar website, waarmee huisartsen de gevolgen kunnen inschatten.

Diagnostische verrichtingen: Per 2011 worden diagnostische verrichtingen niet meer betaald per verrichting. Huisartsen kunnen met de verzekeraar een afspraak maken over het bedrag per patiënt per jaar.

Praktijkondersteuner: Uitgangspunt is dat de ketenzorg vooral door de praktijkondersteuner wordt gedaan. De praktijkondersteuner wordt daarom betaald uit het bedrag dat de verzekeraar betaalt voor de keten-DBC. Voor het werk van de praktijkondersteuner buiten de keten-DBC's om, kan de huisarts vanaf 2011 met de verzekeraar onderhandelen. De huidige module 'Praktijkondersteuner huisarts' en consulten worden namelijk afgeschaft. Voordeel daarvan is volgens de minister dat er geen grens meer is aan het aantal praktijkondersteuners.

Avond- en nachtdiensten: Ten slotte gaat het uurtarief voor ANW van 50,20 euro naar 65 euro. Een gemiddelde praktijk verdient jaarlijks 3700 euro meer.



Wat als een huisarts hier niet aan meedoet?

Er zijn nog geen consequenties voor huisartsen die niet meedoen. Gedurende 2010 kunnen huisartsen de zorg voor de betreffende aandoeningen declareren volgens de module 'Modernisering en Innovatie'. Een gemiddelde huisartsenpraktijk haalt daar nu ook al 8,1 procent van de inkomsten uit. Wat er vanaf 2011 gaat gebeuren, is nog niet helemaal duidelijk. Wel wordt steeds gesproken over een overgangperiode van twee jaar.



Wat betekent functionele bekostiging voor de inkomsten van ziekenhuizen?

'In 2010 hoegenaamd niets', aldus de minister.

'De prognose is dat er een afname zal zijn van aan de betreffende aandoeningen gerelateerde poliklinische B-DBC's. Dat zal vervolgens leiden tot een beperkte afname van de inkomsten. Voor het A-segment verandert er niets. Als in 2011 de overgang naar prestatiefinanciering tot stand komt, zal een vermindering van verwijzingen of exacerbaties zich vertalen in een geringer aantal ziekenhuis-DBC's.'

Over drie jaar komt een evaluatie naar hoe de functionele bekostiging heeft uitgepakt. Een lastige klus, want het systeem is in deze drie jaar maar gedeeltelijk ingevoerd.



Wie zijn de winnaars en de verliezers?

Winnaars zijn de chronische patiënten en de begroting, hopen de minister en de huisartsen die een innoverende strategie kiezen, volgens de LHV. Zij nemen deel aan een keten-DBC of hebben de regie. Jaarlijks winnen zij er gemiddeld 1167 euro mee, waarmee de omzet uitkomt op 249.167 euro. Huisartsen met een behoudende strategie zijn verliezers, volgens de LHV, want zij gaan er jaarlijks gemiddeld 4713 euro op achteruit.



Zijn er al keten-DBC's actief?

In 2005 zijn tien zorggroepen met subsidie van ZonMw gestart met een proefketen-DBC diabetes. Het RIVM deed een evaluatie. De keten-DBC bleek goed voor de samenwerking en de controle op de kwaliteit. Er waren ook slechte ervaringen. De ICT was ontoereikend. De patiënt had minder keuzevrijheid, omdat de zorggroepen hun vaste mensen contracteren voor de keten-DBC. Bij klachten over de kwaliteit was voor de patiënt niet duidelijk bij wie ze konden aankloppen. En last but not least: de kwaliteit werd niet beter door de nieuwe vorm van samenwerking. En toch spreekt de minister als volgt: 'De experimentele keten-DBC Diabetes, in 2005 geïntroduceerd, is niet voor niets een groot succes geworden.' Een nieuw onderzoek naar de kwaliteit volgt, de resultaten staan op de rol voor het voorjaar 2011. 



Bij dit artikel op www.medischcontact.nl vindt u nog allerlei leestips over functionele bekostiging en de bronnen die voor dit artikel zijn geraadpleegd.