

Functionele bekostiging en integrale zorg: De waarde van lijnen

Anticiperen op zorgvraag

Het anticiperen op een groeiende en veranderende zorgvraag is de eerste van vijf 'maatschappelijke opgaven' die VWS heeft geformuleerd en die veranderende zorgvraag stelt nieuwe eisen aan inhoud, kwaliteit, organisatie en bekostiging van de zorg.¹ Dit geldt zeker voor het groeiend aantal chronisch zieken. Zo'n 4,5 miljoen mensen hebben nu een of meer chronische aandoeningen.² Volgens de Gezondheidsraad zal het aantal ouderen met multimorbiditeit toenemen van rond de 1 miljoen nu tot 1,5 miljoen in 2020. De Raad concludeert dan ook dat multimorbiditeit onder ouderen eerder regel is dan uitzondering.^{3,4}

Functionele bekostiging

Sinds de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006 zoekt de overheid de oplossing voor financiële belemmeringen in het huidige stelsel, in functionele omschrijving en bekostiging. De plannen daarvoor omvatten nu ook de eerste lijn.⁵ Het marktdenken is leidend: de zorgverzekeraar koopt de zorg dáár in waar de beste prijs-/kwaliteitsverhouding kan worden gerealiseerd. De vraag van de patiënt staat centraal; het streven is naar een daarbij passend geïntegreerd zorgaanbod. Bij de functionele omschrijving van te verzekeren prestaties zijn alleen het *wat* (inhoud en omvang van de zorg) en het *wanneer* (de indicatiegebieden) in de regelgeving opgenomen. *Wie* de zorg verleent en *waar* dit gebeurt bepalen de zorgverzekeraars.

Initiatieven in het veld gericht op samenhangende zorg voor bepaalde chronische ziekten wil de minister bevorderen door de bekostiging beter daarop te laten aansluiten. Hij wil per 1 januari 2010 functionele bekostiging invoeren voor de vier belangrijkste chronische zorgdomeinen: diabetes, COPD, cardiovasculair risicomanagement en hartfalen.^{6,7} De NZa adviseerde om te beginnen met keten-DBC's voor diabeteszorg en CVRM, omdat voor COPD en hartfalen nog geen geaccordeerde zorgstandaarden gereed zullen zijn.⁸ De minister lijkt dit advies niet te zullen overnemen.

Kansen en voorwaarden

Wij delen de probleemanalyse van de minister en denken ook dat functionele bekostiging de kwaliteit van zorg kan bevorderen.

Samenvatting

De behoeften van patiënten veranderen snel. De huisartsgeeneeskunde en eerste lijn moeten een antwoord zien te vinden op het groeiende aantal chronisch zieken, vaak ouderen met multimorbiditeit. Zij hebben integrale zorg-op-maat nodig vanuit een generalistisch, contextgericht perspectief. De huisartsgeeneeskunde kan die zorg leveren. Functionele bekostiging biedt kansen, mits aan voorwaarden wordt voldaan.

Maar dan moet wel aan een aantal voorwaarden worden voldaan. We bespreken er hier twee:

1. Ketenzorg bij veelvoorkomende chronische aandoeningen moet plaatsvinden binnen een *integrale setting*. Elementen van disease management moeten worden geïntegreerd in generalistische zorg, onder regie van de huisarts.
2. De *waarde van de indeling in lijnen* moet worden gerespecteerd. Ook bij toename van chronische aandoeningen en multimorbiditeit zijn er goede inhoudelijke redenen om de zorg te organiseren in een optimaal samenwerkende generalistische eerste en specialistische tweede lijn, elk met hun eigen kwaliteiten.

Onder deze voorwaarden faciliteert functionele bekostiging wellicht de kwaliteit van zorg die wordt geleverd conform standaarden, richtlijnen en Standpunten⁹ van huisartsen. Die hebben hier al bijna tien jaar ervaring mee, met de inzet van de praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige voor de geprotocolleerde zorg, en met de - door huisartsen geleide - zorggroepen voor chronische aandoeningen.¹⁰ Deze werkwijze heeft succes. 85 procent van alle zorg voor diabetespatiënten vindt bijvoorbeeld in de eerste lijn plaats.

Anders dan in de plannen voor de functionele bekostiging, wordt zo ook ingevuld *wie* de chronische zorg levert en *waar*. Meestal is dit de huisartsenpraktijk, dicht bij de patiënten en vooral bij de oudere patiënten met complexe problematiek. *Community health* kan voor hen een antwoord geven op de vaak verweven somatische, psychische en sociale problematiek (eenzaamheid, laag inkomen, minder goede woonomstandigheden).

Integrale setting

Zeker bij multimorbiditeit is er meer nodig dan disease management. De patiënt is geen verzameling van ziektebeelden; de benodigde zorg geen optelsom van disease-managementprogramma's.

Iona Heath, huisarts te Londen, stelde:

- ▶ huisartsen zien mensen met een vraag, angst, klacht (illness);
- ▶ slechts een klein deel van hen heeft een ziekte (disease);
- ▶ weer een heel klein deel van hen behoeft medisch-specialistische zorg.

De huisarts moet voorkomen dat mensen met een illness ten onrechte een disease toegeschreven krijgen en al helemaal dat ze ten onrechte in de tweede lijn terechtkomen.¹¹

Ook mensen met één chronische ziekte hebben behoefte aan generalistische, persoonsgerichte zorg, met aandacht voor eventuele andere aandoeningen en met beïnvloeding van leefstijlfactoren. Voor chronisch zieken met multimorbiditeit is die zorg een 'must'.¹² De zorg voor mensen die voor disease-managementprogramma's in aanmerking komen, blijkt grotendeels betrekking te

hebben op andere aandoeningen. De invoering van functionele bekostiging zal een deel van de zorg isoleren uit de generalistische eerstelijnszorg.¹³

Ouderen met complexe problematiek behoeven niet zozeer disease management, maar disability management. Samen met de patiënt weegt de huisarts steeds de individuele mogelijkheden en prioriteiten af. Als behandelen niet meer goed mogelijk blijkt, zal het accent verschuiven naar behoud of herstel van functionaliteit, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven.¹⁴ De kracht van de huisarts schuilt hierbij in zijn persoonlijke inbreng en in zijn kennis van de patiënt met diens voorgeschiedenis en sociale context.

Niet zonder reden heeft het denken over functionele bekostiging tot op heden weinig antwoord op het vraagstuk van de multimorbiditeit opgeleverd.

De waarde van lijnen

De minister volgde in zijn brief over de functionele bekostiging de mode om de waarde van het onderscheid in 'lijnen' te misskennen en domeinen tot probleemgebieden te verklaren. Naar onze mening hebben de lijnen nog veel waarde. Vanaf het begin (de Structuurnota Gezondheidszorg uit 1974)¹⁵ was de indeling in lijnen (echelonnering) niet louter een organisatorisch concept. De toenmalige herstructurering was óók ingegeven door kostenoverwegingen, maar ging samen met een generalistische visie op ziekte en gezondheid (szorg). Integrale zorg moest aandacht geven aan de onderlinge verwevenheid van somatische, psychische en sociale factoren. De indeling in lijnen paste hier goed bij waar ze verwijzen naar de aard van de zorg: generalistisch/continu tegenover specialistisch/episodisch, elk met eigen bijzondere kwaliteiten. Ook 'domeinen' hebben hun waarde als het gaat om de state of the art en de competenties van een discipline.¹⁶ Een goede afstemming, samenwerking, samenhangende integrale zorg, dat is zeker het nastreven waard (óók met de welzijnszorg), maar dat wil nog niet zeggen dat alles en iedereen uitwisselbaar is.

Vorig jaar plaatste de RVZ zich in deze traditie met de uitspraak dat de ontwikkeling van een goed georganiseerde en geïntegreerde eerste lijn een absolute voorwaarde is voor verbeteringen op het terrein van disease management en ketenzorg.¹⁷

Internationaal vergelijkend onderzoek toonde samenhang aan tussen een sterke eerste lijn en 'harde' uitkomstmaten, zoals gestandaardiseerde mortaliteit, kindersterfte en het aantal verloren jaren door vermijdbare morbiditeit als gevolg van hart- en

longaandoeningen.¹⁸ Onderscheidende kenmerken bleken: eerste opvang van alle klachten door een generalist (huisarts), inschrijving op naam (met enige vorm van abonnementstarief) en een poortwachtersysteem.

De eerste lijn vereist een sterke regie. De huisarts kan vanuit zijn overzicht over de zorg als enige de spilfunctie binnen de eerste lijn vervullen: als gids voor zijn patiënten, als regisseur van de zorg op hoofdlijnen, en als poortwachter naar de tweede lijn. De huisarts coördineert mogelijke vervolgacties of zorgt ervoor dat anderen dat doen. Hij verzorgt een up-to-date medisch dossier met relevante informatie van en voor alle bij de patiënt betrokken hulpverleners en de patiënt zelf.

Omslag in het denken

De NZa wil de 'marktmacht' van huisartsen tegengaan, bijvoorbeeld door het loslaten van de verplichte inschrijving bij een huisarts. De minister zelf meent dat het huidige inschrijftarief de visites door een andere dan de eigen huisarts kan belemmeren.^{2,7,8} De NZa suggereert ook dat bijvoorbeeld sportartsen en bedrijfsartsen huisartsenzorg kunnen leveren 'zoals huisartsen die plegen te bieden'.^{8,19} De vaste relatie tussen huisarts en patiënt - en dus de patiëntgerichte, contextgerichte, continue, integrale huisartsenzorg - is echter een groot goed. Beter is het de integrale huisartsenzorg financieel te faciliteren dan het kind met het badwater weg te gooien in een streven naar doelmatigheidswinst met voorbijgaan aan goede kwaliteit van zorg.

Gelukkig lijkt de minister nu tot andere gedachten te komen. Zijn recente brief aan de Tweede Kamer bevat nog tegenstrijdigheden over de waarde van de lijnen, maar hij schrijft ook dat het denken in lijnen niet obsoleet is en dat een krachtige eerste lijn die investeert in goede ketenzorg, een noodzakelijke voorwaarde is voor een houdbaar zorgstelsel.² Hij acht de poortwachterrol van de basis-huisartsgeneeskundige zorg voor de medisch-specialistische zorg van groot belang. Dit omdat een krachtige, hoogwaardige invulling van deze rol laagdrempelige, integrale zorg dicht bij de burger brengt, en onnodig gebruik van dure voorzieningen vermijdt.

*Ron Helsloot senior-beleidsmedewerker NHG en
Arno Timmermans, huisarts/bestuursvoorzitter NHG*

De referenties vindt u via dit artikel op onze website www.henw.org.