

Vergaderjaar 2008–2009

29 247

Acute zorg

Nr. 89

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 april 2009

Hierbij stuur ik u mijn reactie aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op de drie rapporten die de NZa de afgelopen periode uitbracht. De rapporten zend ik als bijlage mee¹. Het gaat om:

1. De Monitor Huisartsenzorg 2008
2. Het kostenonderzoek huisartsenzorg
3. De visie «functionele bekostiging»: vier niet-complexe chronische zorgvormen.

De NZa gaat in deze rapporten nader in op de markt van de huisartsenzorg, maar ook op de mogelijkheden en de voorwaarden voor de invoering van functionele bekostiging voor de vier chronische zorgvormen per 2010. Ik heb u in mijn brief «de patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging» van 22 december 2008 aangegeven welke hervormingen in de zorg nodig zijn om in dienst te staan van de kwaliteit, de samenhang en de nabijheid van met name de chronische zorg.

Deze hervormingen zijn nodig om patiënten langer gezond te laten leven en daarmee de druk op het zorgstelsel door de demografische ontwikkelingen te kunnen ondervangen. Het aantal mensen dat zorg ontvangt, zal door de vergrijzing alleen maar toenemen. Inmiddels heeft ruim een kwart van de Nederlandse bevolking een of meer chronische aandoeningen. Dit komt neer op bijna 4,5 miljoen chronisch zieken². Bij gelijkblijvend beleid gaat de te verwachten groei gepaard met toenemende ziektelast, sterfte en forse toename van ziekenhuis verpleeghuiszorg. Ook al blijven de kosten aan het levenseinde min of meer stabiel, toch zal het aantal chronische aandoeningen fors stijgen en tot extra kosten leiden. Om die reden is het van belang de doelmatigheid in de zorg goed in de gaten te houden en daarin te investeren.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Hoeymans N (RIVM), Schellevis FC (NIVEL), Wolters I (NIVEL). Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte/Ziekten en aandoeningen/Chronische ziekten en multimorbiditeit, 12 december 2008.

Empowerment patiënt

Om patiënten gezonder te laten te leven en daarmee de gezondheidswinst te vergroten, is het van groot belang om de integrale benadering van de zorg voor patiënten met chronische ziekten te ondersteunen en verder uit te bouwen. Integrale zorgverlening betekent dat er niet vanuit een reactief perspectief, maar veel meer vanuit een pro-actief perspectief zorg wordt verleend. Empowerment van de patiënt zal meer moeten worden gestimuleerd en ontwikkeld zodat de patiënt centraal staat in de behandeling en actief deelneemt aan het zorgproces. Door educatie en zelfmanagement krijgt de patiënt beter inzicht in zijn ziekte en wordt daarmee in staat gesteld zijn eigen gezondheid helpen te verbeteren of stabiliseren. Door ook sterk in te zetten op vroegsignalering, secundaire preventie en goede begeleiding verbetert de gezondheid van de patiënt. Dit betekent dat een multidisciplinaire aanpak met kortere lijnen tussen hulpverleners en adequaat diseasemanagement noodzakelijk is. Zo ontstaat er meer kennis van elkaars kwaliteiten, een betere door- en terugverwijzing en betere onderlinge communicatie en informatievoorziening. Het Electronisch Patiënten Dossier kan zorgverleners ondersteunen om veilig en betrouwbaar relevante medische gegevens met elkaar te delen. Dat maakt de kans op medische fouten kleiner en ondersteunt de samenwerking tussen artsen.

De effecten van deze benadering van zorg zijn niet alleen terug te zien in de patiënttevredenheid, maar ook in gezondheidswinst en gezondheidskosten. Zo blijkt laagdrempelige begeleiding van hartfalenpatiënten in de thuissituatie te leiden tot een forse daling in het aantal sterfgevallen, heropnames in het ziekenhuis (35%) en in de zorgkosten (40%)¹. In Duitsland zorgt een nieuwe (meer op de secundaire preventie en begeleiding gerichte) diseasemanagement-aanpak bij diabetespatiënten voor spectaculaire resultaten: gemiddeld 50% minder amputaties, bijna 20% minder ziekenhuisopnames, 30% minder beroertes en ca. 20% minder kosten². Ook in Nederland worden in voorloperregio's dergelijke resultaten geboekt, waarover de eerste publicaties binnenkort zullen verschijnen. Goede ketenzorg heeft zelfs effecten op de acute zorg. Bij goede COPD-zorg bijvoorbeeld onderkennen patiënt en professional een exacerbatie eerder en weten daarmee de zorgvraag bij de huisartsenpost of spoedeisende hulpafdeling van ziekenhuizen te voorkomen.

Krachtige organisatie van ketenzorg noodzakelijk

Het is in bovenstaand licht belangrijk te investeren in ketenzorg en de eerstelijnszorg. Door het krachtig organiseren van deze zorg, ontstaat laagdrempelige, integrale zorg dicht bij de burger, waarbij onnodig gebruik van dure medisch-specialistische voorzieningen wordt vermeden. Een verbetering van de logistiek en een betere afstemming tussen zorgverleners zijn daarmee belangrijke elementen om de zorg doelmatiger te maken.

Door de invoering van vier keten-DBC's chronische zorg bied ik het veld een eerste mogelijkheid te investeren in ketenzorg. De huisarts heeft hierin een belangrijke rol. Ze is poortwachter voor specialistische zorg: door alleen die patiënten door te verwijzen die meer specialistische zorg nodig hebben wordt onnodige medische zorg voorkomen. Indien de patiënt wordt doorverwezen blijft de eerste lijn een essentiële coördinerende rol vervullen om de eenheid en samenhang van zorg voor de patiënt te borgen, dicht bij huis. De komst van de zorggroepen geven aan dat er een ontwikkeling is richting meer samenhangende zorgverlening. Ook op andere fronten is een taakverzwaring bij de huisartsen te zien. Met de komst van de module Modernisering en Innovatie (M&I) is zichtbaar

¹ Leatherman & McCarthy, Quality of Health Care for Medicare Beneficiaries: A Chartbook, 2005. The Commonwealth fund.

² Ullrich, W, U. Marschall & C. Graf. Versorgungsmerkmale des Diabetes Mellitus in Disease Management Programmen. Diabetes, Stoffwechsel und Herz. Band 16,6:407-414.

geworden dat huisartsen een pro-actievare rol te hebben opgenomen. Zij hebben hun extra inspanningen mede hierdoor kunnen financieren. Het is van belang dat die veranderingen met grote urgentie voortgang vinden: meer, proactieve basis huisartsgeneeskundige zorg, met meer op substitutie-gerichte activiteiten, en ruimte voor zorg voor fragiele ouderen, palliatieve zorg, ziekenhuis-verplaatste zorg, enzovoort. Met een goede integrale organisatie van het proces kan de zorg doelmatiger worden georganiseerd maar dat vraagt wel investeringen. Zo kan met dezelfde personele en materiële inzet een omvangrijker en kwalitatief beter resultaat worden behaald. Een belangrijke effect van deze aandoe-ningen is dat de frequentie en duur van ziekenhuisopnames worden verminderd.

Ik acht het van belang dat de Nederlandse Zorgautoriteit de investeringen die nodig zijn voor goede samenhangende zorg mee te nemen de even-tuele maatregelen die zij neemt naar aanleiding van het kostenonderzoek.

Dit geldt overigens niet alleen voor zorg voor chronisch zieken, maar ook voor de zorg rondom de acute basiszorg. Ook daarbij is het van belang de zorg zo te organiseren en contracteren dat deze wordt gesubstitueerd en dat voor de patient de kwaliteit en doelmatigheid worden bevorderd. Ik ben van mening dat ook in de acute basiszorg de bekostiging dit soort ontwikkelingen moet kunnen ondersteunen. Het is om die reden belang-rijk te investeren in ontwikkelingen waarin innovatie in ketenzorg wordt aangemoedigd maar ook loont. Dit om de groeiende zorgvraag en de daarmee verbonden kostenstijging in te bedden in een hogere arbeidspro-ductiviteit en doelmatiger zorg. Vanuit het bredere perspectief van goede zorg voor de patient en voor de betaalbaarheid is dat van wezenlijke bete-kenis. Patienten blijven langer gezond, waarmee de arbeidsparticipatie toeneemt en de verzuimkosten dalen.

Zorg over de muren heen

Voor de klassieke organisatie en uitvoering van de medische zorg-verlening heeft deze integrale zorgverlening die over de muren van de bestaande organisaties heen gaat, consequenties. Het onderscheid tussen eerste – en tweedelijnszorg vervaagt en taken van medici kunnen ten dele worden gedelegeerd aan verpleegkundigen. De keten DBCs doorkruisen dus het «oude», niet-functionele denken in «eerste» en «tweedelijns» aanbieders. In de keten DBCs vindt ambulante, vraaggerichte zorg plaats, waarin huidige eerstelijnsaanbieders met onder andere medisch specia-listen samenwerken aan zorg rondom de patiënt met bijvoorbeeld hart-falen of diabetes. Toch is het denken in «lijnen» niet obsoleet. Er zal altijd een verschil blijven tussen zorg «dichter bij de burger» en meer technisch hoogwaardige zorg drijvend op meer gespecialiseerde kennis geconcen-treerd in een kleiner aantal (klinische) centra. Ook zal de poortwachtersrol een essentieel onderdeel blijven van een kwalitatief hoogwaardig, duur-zaam zorgstelsel. Dit is belangrijk mede in het licht van het toenemende aantal zelfverwijzers dat zonder verwijzing van de zorg in de tweede lijn gebruik maakt (zowel in acute als in niet acute situaties). De «lijnen» vormen echter niet meer de scheidslijn tussen de domeinen van indivi-duele beroepsgroepen: de cardioloog werkt mee aan de ambulante zorg voor de patiënt met hartfalen, en de huisarts zal in de toekomst samen met de longarts vorm kunnen geven aan intensievere vormen van zorg voor een COPD patiënt.

Het is mijn overtuiging dat een krachtige eerstelijns die investeert in goede ketenzorg een noodzakelijke voorwaarde is voor een houdbaar zorgstelsel. Het is daarom nogmaals essentieel deze ontwikkelingen te ondersteunen en te stimuleren. In de reactie aan de NZa geef ik systeemtechnisch ook

aan hoe deze ontwikkelingen verder gestimuleerd worden. Daarbij vind ik loon naar prestatie een voorwaarde om de kwaliteit van zorg voor de patiënt te verbeteren. Op deze wijze wordt voor de patiënt en samenleving (poortwachter, preventie, basale zorg, coördinatie van zorg) invulling gegeven aan de meerwaarde van de geleverde zorg.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink