

Onderhandelen met transparante resultaten dieetzorg

Ketenzorg vraagt ondernemerschap van de diëtist

Met de invoering van ketenzorg is de marktwerking in de zorg enorm toegenomen. Participeren in zorggroepen, transparante resultaten van dieetzorg en inzicht in eigen bedrijfsvoering helpen diëtisten om diensten te verkopen.

Door de vergrijzende bevolking en door de toename van ongezonde leefstijlgewoontes neemt het aantal chronische zieken in Nederland toe. Hierdoor stijgen de kosten voor de gezondheidszorg. Minister Klink wilde destijds door invoering van ketenzorg in de eerstelijnszorg voor chronische zieken de kwaliteit van de zorg verbeteren, tegen lagere kosten. De gedachte is dat alle zorg georganiseerd moet worden rondom de aandoening en zorgbehoefte van de patiënt. De patiënt zoekt niet langer verschillende zorgverleners op die ieder hun eigen behandelplan hebben, maar één zorggroep die alle zorg levert. Een zorgstandaard beschrijft op hoofdlijnen, en vanuit het perspectief van de patiënt,

waar goede zorg voor mensen met een bepaalde chronische ziekte inhoudelijk en organisatorisch aan moet voldoen. Ketenzorg heeft een andere vorm van financiering: integrale (of functionele) bekostiging. Met ketenzorg onderhandelt de zorggroep (meestal een groep huisartsen) met de zorgverzekeraar over de vergoeding per patiënt. Voor dit bedrag moet de zorggroep de gehele zorg voor de patiënt regelen, zoals beschreven in de zorgstandaard. De hoofdaannemer kan voor gedeelten van deze zorg andere professionals inhuren, en maakt met deze onderaannemers duidelijke afspraken over welke zorg deze gaan leveren, voor welke patiënten en tegen welke vergoeding.

Op deze manier werken alle voor de zorg relevante zorgverleners samen om zo goed mogelijke zorg te bieden aan de patiënt. Per 1 januari 2010 is officieel gestart met ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus en patiënten met een verhoogd risico op hart en vaatziekten. In juli 2010 volgde ketenzorg voor patiënten met COPD; later zullen patiënten met hartfalen en depressie volgen.

Knelpunten ketenzorg voor diëtisten

1. Bestuur van een zorggroep en ziektekostenverzekeraar maken onderling afspraken over de inhoud en prijs van de diëtistische zorgverlening, in het bestuur zitten geen diëtisten.
2. Diëtisten worden niet vanzelfsprekend uitgenodigd voor zorggroepen, diëtisten hebben moeite om zichzelf te vertegenwoordigen in zorggroepen.
3. Diëtisten worden gecontracteerd voor te weinig uren dieetzorg per patiënt of tegen een te lage prijs.
4. Zorggroep laat dieetadvisering gedeeltelijk uitvoeren door de praktijkondersteuner.
5. Het is niet voor alle betrokkenen duidelijk welke zorg door een diëtist geleverd moet worden en welke dieetzorg door een andere professional geleverd kan worden.
6. Diëtisten werken te weinig samen in groepen.

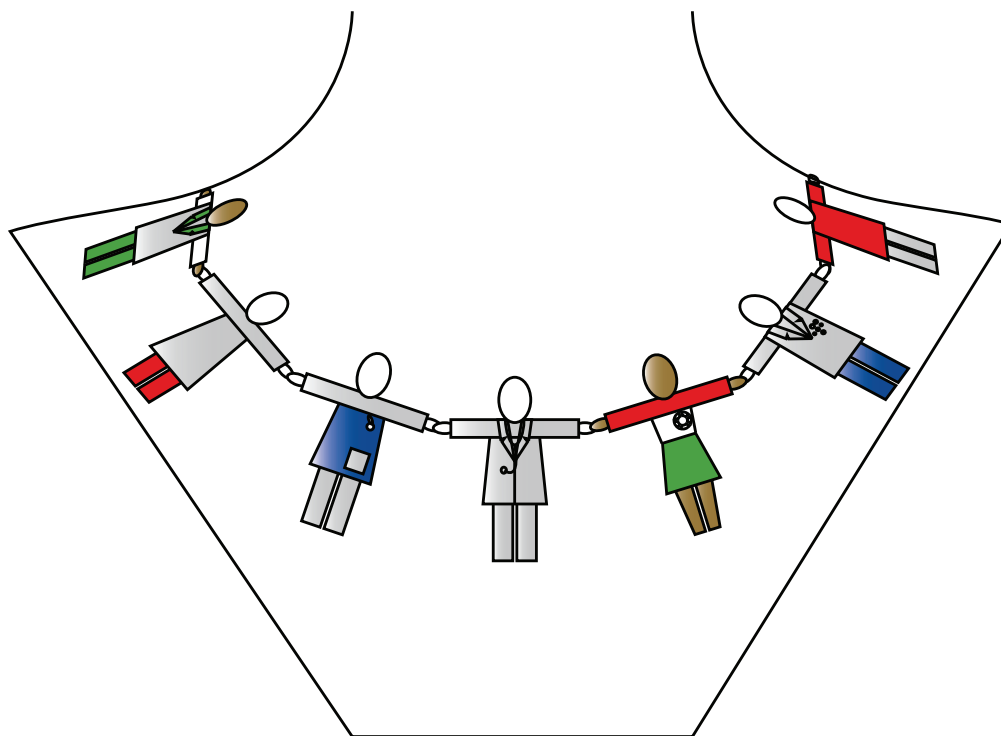
(Bron referentie 1): Grote problemen in de zorg vragen om grote veranderingen

Voor- en nadelen ketenzorg

Robbert Huijsman is hoogleraar integraal zorgmanagement aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Vanuit deze functie is hij betrokken bij onderzoek naar multidisciplinaire vraagstukken rondom integraal zorgmanagement. Huijsman ziet voor zowel de patiënt als de professional voordelen van de ketenzorg: "Een voordeel voor de patiënt is dat de zorg beter is afgestemd op het individu. De geleverde zorg is één geheel en het is duidelijk hoe het traject gaat lopen. De patiënt heeft naast medische informatie ook behoefte aan informatie hoe hij zijn ziekte in zijn leefpatroon kan inpassen, dus zorg afgestemd op zijn eigen situatie. Aan die behoefte kan met ketenzorg beter worden voldaan."

Huijsman is bekend met de opvatting dat ketenzorg moge-

lijk tot versnippering van de zorg leidt voor de patiënt wanneer deze naast diabetes ook leidt aan een aandoening die onder een andere zorgstandaard valt, zoals hartfalen of aan een aandoening waar (nog) geen ketenzorg voor wordt aangeboden. Hij kan zich daar niet in vinden: “De uitvoering van ketenzorg is op dit moment suboptimaal. Wanneer ketenzorg goed loopt, kunnen we gaan werken aan afstemming tussen ketens.”



Huijsman vervolgt: “Voor de professional heeft ketenzorg als voordeel dat je beter weet wat je collega’s adviseren, doen en afspreken met de patiënt. Je moet generalistischer denken: hoe past mijn zorg in het totaalplaatje van de zorg? Andersom moet je ook weten wat andere disciplines doen binnen het traject. Dat helpt je als zorgverlener bij het geven van je eigen adviezen. Een nadeel daarvan is dat het wringt met het feit dat je als zorgverlener specialist wil zijn op je eigen vakgebied.”

Te weinig uren dieetzorg of te laag tarief

In de reeds ontwikkelde zorgstandaarden voor diabetes, cardiovasculair risicomanagement, COPD en hartfalen is diëtistische zorg opgenomen. Daarnaast heeft de NVD samen met diëtisten uit het werkveld afkappunten geformuleerd voor het doorverwijzen naar de diëtist. Toch blijkt in de praktijk het aantal uren dieetzorg voor diabetespatiënten zorgwekkend. Huijsman: “Zorggroepen krijgen een totaalbedrag per patiënt, onafhankelijk van de hoeveelheid zorg en diensten die geleverd worden, maar gebaseerd op de gemiddelde hoeveelheid zorg die een diabetespatiënt nodig heeft. Dit maakt het financieel aantrekkelijk voor de zorggroep (meestal huisartsen) om zo veel mogelijk zorg binnen de eigen praktijk te geven. Diëtisten gaan soms onder druk akkoord met een te laag uurtarief of met minder tijd voor dieetzorg dan wenselijk is.”

Huijsman geeft aan dat het belangrijk is om ervoor te zorgen dat in de zorgstandaard duidelijk beschreven staat waaraan goede dieetzorg moet voldoen. “De hoofdaannemer is ver-

plicht om de zorgstandaard te volgen, maar is wel vrij in de keuze wie deze zorg gaat leveren. Dat is onderdeel van de marktwerking. De hoofdaannemer zal eerder geneigd zijn om de zorgverlener te vragen iets minder te doen, maar uit de uiteindelijke evaluatie zal toch moeten blijken of de geleverde zorg aan de zorgstandaard voldoet. Als diëtist is het belangrijk te beseffen dat je moet vechten voor het binnengaan van een contract. Laat als diëtist zien waar je goed in bent en onderbouw dat met evidence: dit heb ik in de aanbieding, dit kan ik facultatief nog extra doen en dit kost het. Laat de hoofdaannemer een gedeelte van de beschreven zorg in de zorgstandaard schieten, zorg dan dat je kunt aangeven wat de gevolgen zijn voor de patiënt. Wees heel transparant over de resultaten die je boekt met je behandeling, want daar wordt de hoofdaannemer op afgerekend. Deze wil precies weten wat hij voor een bepaald bedrag krijgt, het liefst in procenten minder complicaties of betere instelling van de diabetes.”

Huijsman vervolgt: “Om scherp te kunnen onderhandelen, is daarnaast inzicht in je bedrijfsvoering noodzakelijk. Wat zijn mijn kosten, waar zitten de marges, kan ik het anders organiseren, kan ik zaken delegeren, kan ik misschien kiezen voor een meer coachende rol maar toch dezelfde resultaten bereiken? Je kunt alleen kiezen voor een kleinere marge of een klein verlies per patiënt als je weet dat je de marges bij andere patiëntengroepen wel haalt en netto genoeg geld binnenhaalt om je bedrijf te kunnen handhaven en te kunnen investeren. De diëtist moet leren dit spel te spelen.”

Waarborgen van marktwerking

Trend is de opkomst van grote monodisciplinaire zorggroepen van meer dan honderd huisartsen. Het gevaar van deze monodisciplinaire samenwerking is mededingingsbeperkende problemen: huisartsen concurreren niet meer onderling en dat is nadelig voor de onderhandelingspositie van de verzekeraar. Huijsman: “Huisartsen krijgen zo veel macht en kunnen andere zorgverleners naar hun hand zetten. Diëtisten kunnen zich ook verenigen en hoofdcontractant worden; vanuit die positie kun je huisartsen onderaannemen. Dit is ook bekend van fysiotherapeuten, die dat doen voor bijvoorbeeld rugklachten. De NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) en de NMa (Nederlandse Mededingingsautoriteit) hebben Richtsnoeren geformuleerd voor zorggroepen. De NMa en NZa zijn voorstander van ketenzorg; samenwerkingsvormen tussen verschillende disciplines (multidiscipli-

naire samenwerking) om de kwaliteit van zorg te verbeteren, zijn dan ook toegestaan. Maar bij ‘verdikking’ van de keten, namelijk wanneer de samenwerking ook plaatsvindt tussen zorgaanbieders binnen dezelfde discipline (monodisciplinaire samenwerking), ontstaan er mogelijk mededingingsbeperkende problemen.”

Huijsman: “Het rapport van de NMa en NZa geeft aan dat de markt open moet zijn. Onder bepaalde voorwaarden mogen zorgverleners afspraken maken. De regels zijn weer anders voor kleine spelers dan voor grote spelers. Een zorggroep mag bijvoorbeeld niet een of twee diëtisten benaderen om te onderhandelen over te leveren zorg en bijbehorende prijs, maar in principe moet elke diëtist kunnen meedingen. Diëtisten mogen onderling wel afspraken maken over de inhoud van de zorg, maar mogen geen informatie delen over gemaakte prijsafspraken, omdat dan kartelvorming kan ontstaan, waardoor het voor huisartsen weer lastig is om te onderhandelen.” Huijsman raadt iedereen aan om het verschenen rapport van de NZa en NMa te lezen, omdat veel informatie die hierin staat nog niet bekend is bij zorgaanbieders.

NVD strijdt voor betere positie diëtist

De Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) heeft samen met diëtisten uit het werkveld gezorgd voor opname van dieetadvisering in de zorgstandaarden. De NVD heeft bovendien criteria opgesteld voor wanneer patiënten doorverwezen moeten worden naar een diëtist, zogenoemde afkappunten.

Het komt regelmatig voor dat zorggroepen te weinig dieetadvisering contracteren of dat de vergoeding voor de diëtist te laag is. Nora Bakker, beleidsadviseur belangenbehartiging van de NVD, legt uit wat de beroepsvereniging hieraan doet: “We hebben de overheid, de zorgverzekeraars, de Nederlandse Zorgautoriteit en de beroepsbeoefenaren in de ketenzorg, zoals huisartsen, hierop aangesproken. Daar waar het niet goed gaat, blijven we dit zeker doen. We hebben bovendien zitting in de implementatiecommissie integrale bekostiging van VWS, waar we de problemen die diëtisten ervaren, bespreken. Zo hebben we geregeld dat de vieruursregeling via de basisverzekering voor andere aandoeningen in tact blijft.”

De NVD wil zo veel mogelijk diëtisten in de besturen van zorggroepen. Daarom heeft ze zorgverzekeraars voorgesteld een multidisciplinair bestuur als voorwaarde te stellen voor contractering. Bakker: “Dit vraagt extra inzet van diëtisten, maar zo krijgen ze wel meer invloed.”

Meer informatie over ketenzorg is te vinden op de NVD-site: www.nvdietist.nl › beroepsinformatie › ketenzorg en samenwerking.

Zorgverzekeraars

Hoewel de NZa en NMa richtsnoeren hebben ontwikkeld, zijn het de zorgverzekeraars die voorwaarden moeten stellen aan de samenstelling van groepen in de integrale bekostiging. Menzis en Achmea hebben aangegeven niet met dergelijke monodisciplinaire zorggroepen in zee te gaan. Menzis vindt dat zorggroepen niet gedomineerd moeten worden door huisartsen en dat zorggroepen feitelijk en juridisch verbonden moeten zijn met andere zorgverleners. Deze verzekeraar eist dat grote groepen binnen drie jaar de schaalgrootte hebben teruggebracht tot kleine ketens op wijk- of dorpsniveau. Achmea stelt als eis dat er ten minste twee relevante beroepsgroepen deelnemen in een zorggroep, maar stelt geen eisen aan de grootte.

Caroelien Schuurman

Freelance voedingskundige en diëtist

Literatuur

1. Grote problemen in de zorg vragen om grote veranderingen, Zesdelige serie artikelen in NVD Nieuws, nummer 1 tot 6, 2009. Zie www.nvdietist.nl (beroepsinformatie › kwaliteit › ketenzorg › Grote problemen in de zorg vragen om grote veranderingen)
2. Richtsnoeren Zorggroepen, Rapport Nederlandse Mededingingsautoriteit en Nederlandse Zorgautoriteit, augustus 2010, zie www.nza.nl.