

Eindrapport van de Evaluatiecommissie
Integrale Bekostiging

**Integrale bekostiging van zorg:
Werk in uitvoering**



Evaluatiecommissie
Integrale Bekostiging



Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging
Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering

Juni 2012

Colofon

Voor meer informatie over de Evaluatiecommissie
Integrale Bekostiging kunt u contact opnemen met
het secretariaat via e-mail of telefoon.

Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

Telefoon 070 349 52 24

eib@zonmw.nl

Ontwerp

Baron von Fonthausen (Jacques Le Bailly)

Fotografie

Zorg in Beeld (Frank Muller)

Eindrapport van de Evaluatiecommissie
Integrale Bekostiging

**Integrale bekostiging van zorg:
Werk in uitvoering**

Voorwoord

Voor u ligt het eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. De taakopdracht van de commissie, ingesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op verzoek van de Tweede Kamer, was het monitoren van de invoering van integrale bekostiging van de zorg voor diabetes, vasculair risicomanagement en COPD tijdens de overgangsperiode waarin de zorg ook nog op de oude manier kon worden bekostigd. Doelstelling was de vraag te beantwoorden of voldoende aan de randvoorwaarden was voldaan om de overgangsregeling te beëindigen. Dit rapport doet verslag van de monitoringperiode en geeft een advies voor het vervolg. Wij hopen dat de minister en de Tweede Kamer met dit rapport geïnformeerd de discussie kunnen voeren over hoe het verder moet met de bekostiging van de zorg voor chronisch zieken. Wij hopen ook dat het veld zich herkent in het geschetste beeld en doen aan het eind van het rapport aanbevelingen voor de verschillende veldpartijen.

Wij danken een ieder die een bijdrage heeft geleverd aan dit rapport en de eerdere activiteiten van de commissie. Wij danken de onderzoekers van het Rijks-Instituut voor Volksgezondheid en Milieu onder leiding van mw. dr. Caroline Baan en dr. Jeroen Struijs voor het ten behoeve van de commissie uitgevoerde en bijeengebrachte onderzoek. Wij danken ZonMw met name in de persoon van mw. drs. Annette Pietersen en haar medewerkers voor het faciliteren van de commissie en het voeren van het secretariaat tot september 2011. Wij danken ook mw. drs. Christel van Dijk van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) voor het overnemen van het secretariaat na die periode en haar belangrijke bijdragen aan zowel de tussenrapportage als de eindrapportage. Dank gaat ook uit naar drs. Hans Simons, in zijn hoedanigheid van voorzitter van de programmacommissie van het ZonMw-programma 'Op één lijn' en mw. drs. Elvira van Eijk van het ministerie van VWS voor hun bijdragen aan de discussie die zij als waarnemers hadden. Tenslotte gaat dank uit naar al diegenen die hebben bijgedragen door materiaal of reacties naar de commissie te sturen. In het bijzonder noemen wij degenen die hebben deelgenomen aan de stakeholdersbijeenkomsten in 2011.

De commissie:

Prof. dr. Dinny de Bakker Voorzitter

Drs. Joop Raams

Prof. Dr. Erik Schut

Prof. dr. Bert Vrijhoef

Jan-Erik de Wildt, MHA

Samenvatting

Sinds 2010 is de mogelijkheid geboden aan zorgverzekeraars om de (vooral eerstelijns)zorg voor patiënten met diabetes mellitus, vasculair risicomanagement en COPD integraal te bekostigen. Integraal wil zeggen dat de verzekeraar de zorg inkoopt bij één partij die verantwoordelijk is voor de totale zorg voor de betreffende aandoening, waar voordien verschillende zorgverleners zoals huisartsen, diëtisten, fysiotherapeuten, podotherapeuten elk verantwoordelijk waren voor een onderdeel van de zorg. De gedachte erachter is dat door het onder één verantwoordelijkheid brengen van de totale zorg patiënten meer samenhangende zorg krijgen. Dat zou moeten leiden tot betere zorg en ook tot goedkopere zorg omdat meer patiënten in de eerste lijn zouden kunnen worden behandeld.

Omdat bij de Tweede Kamer veel vragen bestonden of voldoende aan de randvoorwaarden was voldaan om dit nieuwe systeem in te voeren is voorzien in een overgangsperiode van 2010 tot en met 2012, waarin de zorg ook op basis van het oude systeem kan worden bekostigd. De Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (EIB) is ingesteld om gedurende de overgangsperiode van drie jaar de ontwikkeling rond integrale bekostiging te monitoren en aan het eind van die periode aan de minister van VWS te adviseren of voldoende aan de 'randvoorwaarden' is voldaan om de overgangsperiode te beëindigen. De commissie heeft daarbij gekeken in hoeverre integrale bekostiging inderdaad heeft bijgedragen aan betere en goedkopere zorg.

Voor finaal oordeel te vroeg

Het is in zijn algemeenheid te vroeg om een finaal oordeel te geven over de effecten van integrale bekostiging op de zorgkosten en kwaliteit, deels doordat die effecten pas op termijn zichtbaar zijn en deels omdat goede en complete kostencijfers over de periode dat integrale bekostiging landelijk is ingevoerd nog niet beschikbaar zijn. De commissie moest zich daarom vaak 'behelpen' met cijfers over de experimenteerperiode voorafgaand aan 2010 en hoofdzakelijk gebaseerd op het zorgprogramma diabetes.

Betere zorg gerealiseerd

De integrale bekostiging heeft ertoe geleid dat een vrijwel landelijk dekkend netwerk van zorggroepen is ontstaan, waarbinnen huisartsen multidisciplinair samenwerken met onder anderen praktijkondersteuners, diëtisten, fysiotherapeuten, podotherapeuten, internisten en oogartsen. Die netwerken zijn gerealiseerd voor diabetes, in mindere mate voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en in zeer beperkte mate voor vasculair risicomanagement.

Kleinere maar waarneembare positieve effecten op de kwaliteit van zorg zijn gevonden. Er heeft bovendien een waarneembare verschuiving van zorg plaatsgevonden in de zin dat een kleiner deel van de diabetespatiënten in de tweede lijn wordt behandeld. Overigens lijken de effecten te variëren tussen en binnen zorggroepen.

Initieel hogere kosten

Cijfers over de experimenten voorafgaand aan de landelijke invoering laten zien dat de totale zorgkosten van diabetespatiënten bij integrale bekostiging in 2009 hoger zijn (3%) dan bij reguliere bekostiging. Van dit verschil is sprake ondanks dat een kleiner deel van de diabetespatiënten in de tweede lijn wordt behandeld. Oorzaak hiervan zijn de extra investeringen die in de eerste lijn nodig waren en die vaak slechts over één aandoening (diabetes) konden worden omgeslagen. Daarnaast wijst de grote variatie in kosten tussen zorggroepen er op dat de extra kosten deels vermijdbaar zijn. Het komt ook doordat in de tweede lijn de kosten niet zijn gedaald ondanks dat er minder patiënten onder behandeling zijn. Daarnaast zijn verzekeraars pas vanaf 2011 actief dubbele betalingen gaan voorkomen. Vanaf 2012 zijn er voorts aanwijzingen dat zorgverzekeraars strakker inkopen in de tweede lijn, waardoor mogelijk in de toekomst verschuivingen van de tweede naar de eerste lijn kunnen resulteren in lagere zorgkosten. De EIB is van mening dat de grootste potentiële winst in kosten is te behalen door het verbinden van de eerste- en tweedelijnszorg.

Slechts ten dele voldaan aan randvoorwaarden

Er wordt nog maar slechts ten dele voldaan aan de randvoorwaarden om integrale bekostiging een succes te maken. Zorggroepen voldoen nog lang niet altijd aan de eisen die worden gesteld aan zorginstellingen in termen van transparantie en het borgen van de kwaliteit. Verbeterpotentieel is er op het gebied van de zorginkoop van verzekeraar en het toezicht op de naleving van contracten zowel ten aanzien van de eerste als de tweede lijn, waar substitutiewinst 'verzilverd' dient te worden. Veel verbetering is tevens mogelijk door meer aandacht te besteden aan ondersteuning bij zelfmanagement en door individuele zorgplannen te stimuleren of in het algemeen de patiënt meer te betrekken bij de zorg.

Doorgaan, maar strakker sturen

De commissie vindt dat ondanks de nog beperkte kwaliteitswinst en de hogere kosten moet worden doorgegaan met integrale bekostiging. Dat is omdat de commissie vindt dat integrale bekostiging een goed vliegwiel is om de organisatiekracht in de eerste lijn te versterken. Bovendien verwacht de commissie meer

effect van integrale bekostiging als beter wordt voldaan aan de randvoorwaarden. Doorgaan dus, maar strakker sturen op de randvoorwaarden. Belangrijke eisen daarin zijn het goed regelen van de governance, het hebben van een kwaliteitssysteem en het verantwoording afleggen over prestaties op indicatoren. Zorggroepen die niet aan de randvoorwaarden voldoen kunnen dan van de oude bekostigingsregels gebruik maken. In dit licht kan de overgangsregeling nog niet vervallen.

Versterk positie van patiënt

Belangrijk punt is dat de positie van de patiënt nog onvoldoende uit de verf komt. Patiënten die zich committeren aan het zorgplan kunnen naar Belgisch voorbeeld korting op eigen bijdrage/eigen risico krijgen.

Waakzaamheid geboden

Vooraf werd gevreesd dat de dominante positie die zorggroepen in veel regio's hebben zou leiden tot aanmerkelijke marktmacht. Grote problemen op dit vlak zijn niet naar voren gekomen, maar vanuit diverse beroepsgroepen die door zorggroepen worden gecontracteerd wordt wel kritiek geleverd op de in hun ogen dominante positie van bepaalde zorggroepen. De commissie is daarom van oordeel dat waakzaamheid geboden is. Hetzelfde geldt voor het optreden van risicoselectie in de zin van het opnemen van relatief gezonde patiënten en het weren van relatief bewerkelijke patiënten. Ook daar is nog weinig van gebleken maar dient te blijven gemonitord.

Integrale bekostiging verre van integraal

Een structureel probleem bij integrale bekostiging, zoals die tot dusver is gerealiseerd, is dat deze in feite nog verre van integraal is. Slechts 8% van de totale zorgkosten van diabetespatiënten wordt gedekt door integrale bekostiging. De kosten van farmacie en de tweedelijnszorg zijn (grotendeels) niet opgenomen in de keten-DBC. Co- en multimorbiditeit kunnen onvoldoende worden geadresseerd vanwege de primair ziektegerichte benadering. Deze benadering past ook niet bij de eerste lijn die in wezen generalistisch van aard is. Bovendien begint de bekostiging pas als iemand patiënt is, daarbij voorbijgaand aan de mogelijkheid om de aandoening te voorkomen (preventie).

Tussenstap naar integrale bekostiging

De EIB ziet integrale bekostiging van afzonderlijke aandoeningen dan ook niet als een gewenste eindsituatie, maar veeleer als een tussenstap naar populatiegerichte bekostiging, kortom bekostiging die integraal is op het niveau van patiënten. Preventie maakt daar deel van uit en ook delen van de tweedelijns-

zorg. Dit proces zal niet binnen 2–3 jaar tot stand komen, maar vergt een lange tijd waarin geleidelijk de contracten voor integrale bekostiging voor goed functionerende zorggroepen worden uitgebreid met meer vormen van zorg.

Puntsgewijs ziet het advies van de EIB aan de minister van VWS er als volgt uit:

- Laat de overgangsregeling voortbestaan, waarbij naast integrale bekostiging ook andere vormen van bekostiging van de chronische zorg (zoals het koptarief) mogelijk zijn; dit om in te kunnen spelen op de variatie in performance die er tussen zorggroepen bestaat;
- Integrale bekostiging van de zorg voor chronisch zieken is een tussenstap in een continuüm dat loopt van financiering op basis van losse verrichtingen, via financiering van bekostiging door een opslag op die tarieven naar integrale bekostiging van individuele aandoeningen en uiteindelijk als eindpunt populatiegerichte bekostiging. Op dat eindpunt is de bekostiging van zorg pas werkelijk integraal in de zin dat die ook co- en multimorbiditeit, preventie voorafgaand aan het bereiken van een aandoening en ook substitueerbare tweedelijnszorg omvat;
- Er dienen door verzekeraars, ondersteund door beleidsregels van de NZa, heldere eisen te worden gesteld aan het bereiken van een hoger niveau in het continuüm door zorggroepen;
- De patiënt dient expliciet betrokken te worden bij de zorg. Individuele zorgplannen, waarin de rol van de patiënt ten aanzien van zelfmanagement wordt benoemd, vormen daarvoor de basis. Patiënten die zich committeren aan het zorgplan krijgen naar Belgisch voorbeeld korting op eigen bijdrage/eigen risico;
- Voor wat betreft integrale bekostiging zijn de belangrijkste randvoorwaarden dat zorggroepen dienen te voldoen aan regels voor governance (zie bijvoorbeeld de Zorgbrede Governancecode 2010 van Branche Organisaties Zorg (Brancheorganisaties Zorg, 2010)), dienen te beschikken over een kwaliteitssysteem en transparant zijn over behaalde resultaten;
- Als aan alle bovengenoemde randvoorwaarden wordt voldaan is uitbreiding naar meer zorgprogramma's andere zorgsoorten als diagnostiek en farmaceutische zorg mogelijk;
- Het uitbreiden van integrale bekostiging naar een groot aantal aandoeningen is ongewenst vanwege het risico op overlap en coördinatieproblemen bij multimorbiditeit. Het uitbreiden met enkele aandoeningen kan wel een goede tussenstap naar populatiegerichte bekostiging zijn waarbij de zorggroep laat zien over het organisatievermogen te beschikken om de zorg ziekte-overstijgend te organiseren;

- Om de winst van het verschuiven van zorg van tweede naar eerste lijn te verzilveren is aanvullend beleid nodig dat erop is gericht de productieprikkel in de tweede lijn te verminderen. Een mogelijkheid daarbij is om een groter deel van de tweedelijnskosten onderdeel te maken van de integrale bekostiging. Uiteindelijk dient gewerkt te worden naar populatiegerichte bekostiging waarbij tweedelijnszorg is ingesloten;
- Voor zorggroepen die aan randvoorwaarden voldoen, maar geen overeenkomst hebben met alle verzekeraars dient de mogelijkheid te bestaan om een factuur te sturen naar patiënten bij verzekeraars die niet volgens integrale bekostiging contracteren; dit kan de effectiviteit van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorggroepen ten goede komen;
- Het basispakket en de integrale bekostiging dienen op elkaar te zijn afgestemd, waarbij de zorgstandaard leidend zou moeten zijn voor wat in het basispakket valt en dus ook integraal wordt bekostigd;
- De NZa dient een proactieve houding aan te nemen ten opzichte van marktmacht en niet alleen een signalerende rol.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	15
2	Achtergrond	16
2.1	Aanleiding	16
2.2	Doel evaluatiecommissie	20
2.3	Beleidstheorie	22
2.4	Vraagstelling	28
3	Ervaringen na bijna tweeënhalf jaar integrale bekostiging	30
3.1	Treden de geplande effecten op?	31
3.2	Neveneffecten	35
3.3	Conclusie	39
4	Zijn de randvoorwaarden vervuld?	40
4.1	Zorgstandaarden, regels en ICT	41
4.2	Contractering	45
4.3	‘Werkt’ de markt?	46
4.4	Samenwerking op gang gekomen?	47
4.5	De rol van de patiënt	49
4.6	Transparantie	50
4.7	Conclusie	51
5	Advies	52
5.1	Reflectie op het onderzoek	52
5.2	Overwegingen	58
5.3	Advies	59
5.4	Aanbevelingen voor partijen	66
	Referenties	70
	Bijlage 1	
	Brief minister instelling commissie	74
	Bijlage 2	
	Samenstelling Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging	78
	Bijlage 3	
	Afkorting	79

1 Inleiding

Met ingang van januari 2010 is integrale bekostiging van de zorg voor chronisch zieken stapsgewijs ingevoerd, eerst voor diabetes mellitus en vasculair risicomanagement, een half jaar later gevolgd door COPD. De periode 2010 tot en met 2012 wordt als een overgangperiode gezien, waarin de zorg ook nog op basis van het reguliere systeem kan worden bekostigd. Bij de introductie van integrale bekostiging was een deel van de Tweede Kamer van mening dat op een aantal punten de randvoorwaarden voor de introductie van integrale bekostiging nog niet geheel waren uitgekristalliseerd, zoals de helderheid over wat er in de keten valt en wat niet en de eventuele marktmacht op de zorgaanbiedersmarkt. De toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft daarom in januari 2010 een evaluatiecommissie ingesteld om gedurende de overgangperiode van drie jaar de ontwikkeling rond integrale bekostiging te monitoren en aan het eind van die periode aan de minister van VWS te adviseren of voldoende aan de ‘randvoorwaarden’ is voldaan om de overgangperiode te beëindigen (bijlage I: instellingsbrief). In dit eindrapport doet de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (EIB) verslag over haar bevindingen en adviseert zij de zittende minister van VWS over het al dan niet voortzetten van de overgangperiode.

De hoofdvragen waar de commissie een antwoord op heeft trachten te geven zijn:

- In hoeverre worden de beoogde effecten van de invoering van integrale bekostiging van de zorg voor chronisch zieken gerealiseerd?
- In hoeverre worden de beoogde randvoorwaarden om de invoering te doen werken gerealiseerd?
- In hoeverre treden al dan niet wenselijke neveneffecten op?

In het tweede hoofdstuk worden de achtergrond van integrale bekostiging, het doel en de vraagstellingen van de EIB beschreven. In hoofdstuk 3 worden de ervaringen na tweeënhalf jaar integrale bekostiging besproken. Hierbij wordt ingegaan op de beoogde effecten en de neveneffecten. In hoofdstuk 4 wordt aandacht besteed aan de randvoorwaarden voor introductie van integrale bekostiging. Voor de werking van het systeem van integrale bekostiging zijn een aantal randvoorwaarden, zoals transparantie en samenwerking tussen zorgverleners, essentieel. In hoofdstuk 5 wordt gereflecteerd op de beoogde effecten, neveneffecten en randvoorwaarden, waarna de EIB haar advies geeft over het eventueel beëindigen van de overgangperiode.

2 Achtergrond

2.1 Aanleiding

Met ingang van januari 2010 zijn de eerste stappen gezet op weg naar integrale bekostiging van de zorg voor chronisch zieken. Om ervaring op te doen met deze vorm van bekostiging is de integrale bekostiging allereerst gefaseerd ingevoerd voor de zorg van patiënten met type 2 diabetes mellitus, vasculair risicomanagement (VRM) en COPD. Uitgangspunt van het beleid is dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd en niet de patiënt rond de zorg. Dit sluit aan bij de eerder geconstateerde problemen rondom de coördinatie van de zorg bij chronisch zieken (IGZ, 2003). Bij integrale bekostiging is één hoofdcontractant verantwoordelijk voor het totale zorgpakket van de patiënt met betrekking tot de specifieke ziekte. Die hoofdcontractant kan, maar hoeft zelf geen zorgverlener te zijn, als de zorg zelf maar verleend wordt door daartoe bekwame, gesubcontracteerde zorgverleners. Integrale bekostiging beoogt de multidisciplinaire samenwerking te versterken en daardoor bij te dragen aan het realiseren van gezondheidswinst voor chronische patiënten, maar ook aan de betaalbaarheid van de zorg. Op dit moment kunnen verschillende zorgverleners dezelfde zorg leveren en declareren. Met het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking wordt beoogd de versnippering van zorg voor patiënten met een chronische ziekte tegen te gaan en daarmee de kwaliteit te verbeteren. Integrale bekostiging is per 1 januari 2010 ingevoerd voor diabetes en VRM en per 1 juli 2010 voor COPD. Echter, voor deze patiënten kan in 2010 tot en met 2012 ook nog steeds op basis van geleverde zorg worden gedeclareerd of op basis van al bestaande beleidsregels. Dit betekent dat in de periode 2010–2012 ketenzorg voor chronische aandoeningen op verschillende wijzen kan worden bekostigd (zie in Box 1 voorbeeld diabetes). Het zorgpakket dat binnen de integrale bekostiging aangeboden dient te worden, wordt afgeleid uit zorgstandaarden.

Invoering van integrale bekostiging van de zorg voor chronisch zieken kwam niet uit de lucht vallen. Verschillende onderzoeken hebben laten zien dat ‘ketenzorg’, door de RVZ gedefinieerd is als ‘een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd’ (RVZ, 1998; Coleman et al, 2009), leidt tot een betere kwaliteit van zorg. Uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2003, maar ook uit latere studies blijkt steeds weer dat financiering een van de belangrijkste struikelblokken was om ketenzorg structureel en landelijk van de grond te krijgen (IGZ, 2003).

Box 1 *Verskillende manieren waarop ketenzorg voor diabetes in periode 2010 t/m 2012 kan worden bekostigd*

— **Integrale bekostiging/ketentarief**

Zorgverlening waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren. Prestatie op basis van zorgstandaarden (na vaststelling diagnose). Overeenkomst met verzekeraar noodzakelijk voor declaratie prestatie.

Tarief Vrij tarief voor hoofdcontractant (zorggroep) per verzekerde diabetespatiënt per kwartaal (NZa Beleidsregel CV-7000-5.0.-1)

— **Geïntegreerde eerstelijnszorgproducten (GEZ)/koptarief**

Samenwerkingsverband ter bevordering van structurele multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze samenwerking bestaat in ieder geval uit samenwerking tussen een zorgaanbieder die huisartsenzorg verleent of kan verlenen met een of meer zorgaanbieders die andere zorg verlenen of kunnen verlenen. Overeenkomst met verzekeraar noodzakelijk voor declaratie prestatie.

Tarief Vrij tarief per verzekerde per kwartaal gekoppeld aan inschrijftarief huisarts (NZa Beleidsregel CV-7000-3.0.-3)

— **Modernisering & innovatie (M&I) verrichting 'diabetesbegeleiding per jaar'**

Realiseren van optimale diabeteszorg volgens NHG-standaard voor diabetespatiënten door de huisarts, waardoor de patiënt in de eerste lijn blijft en niet (meer) onder controle is in de tweede lijn. Overeenkomst met verzekeraar noodzakelijk voor declaratie prestatie.

Tarief Vrij tarief voor de huisarts per verrichting (per contact) (NZa, 2011)

— **Module modernisering en innovatie**

De module modernisering en innovatie kan heel breed worden ingezet vanuit de huisartsenzorg: het stimuleren van samenwerkingsverbanden, verdere ontwikkeling van de programmatische aanpak van chronische aandoeningen, substitutie van de tweede naar de eerste lijn en kwaliteitsbevordering van de huisartsenzorg. Overeenkomst met verzekeraar noodzakelijk voor declaratie prestatie.

Tarief Vrij tarief per verzekerde per kwartaal gekoppeld aan inschrijftarief huisarts (NZa, 2011)

— **Innovatie**

Prestatie om zorgaanbieders en zorgverzekeraars ruimte te geven om kortdurend (maximaal 3 jaar) en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties, gericht op nieuwe of vernieuwde zorgverlening met een betere prijs-kwaliteit verhouding. Mogelijkheid om ook zorgprestaties te includeren die worden gefinancierd op grond van de AWBZ. Vanaf 2010 niet mogelijk om aan te vragen voor zorg die onder integrale bekostiging valt. Overeenkomst met verzekeraar noodzakelijk voor declaratie prestatie.

Tarief Vrij tarief met vrije vorm. In de praktijk meestal tarief per verzekerde diabetespatiënt per kwartaal. (NZa Beleidsregel CU-7000-4.0.-4 / CA-415)

— **Losse bekostiging**

Reguliere zorgverlening.

Tarieven Op basis van de reguliere, veelal op verrichtingen (bijvoorbeeld consulten, zittingen), gebaseerde tarieven per discipline verschillend.

Het reguliere systeem van financiering van de eerstelijnsgezondheidszorg is namelijk niet goed toegesneden op het bieden van samenhangende ketenzorg voor chronisch zieken. De financiering van de eerstelijnsgezondheidszorg is daarin per discipline georganiseerd en wordt ook per discipline

door verzekeraars gecontracteerd. De gescheiden financiering van eerste en tweede lijn maakt het voorts lastig om specialisten, bijvoorbeeld op consultatieve basis, te betrekken in zorgprogramma's voor chronisch zieken. Juist voor chronisch zieken, die vaak gebruik maken van zorg van veel verschillende zorgverleners, werkt die versnippering belemmerend. Van de chronisch zieke patiënten heeft 89% contact met meer dan één zorgverlener en 23% zelfs met zes of meer, vaak zowel uit de eerste als de tweede lijn (Van Dijk et al, 2009).

Om ervaring op te doen met de nieuwe bekostiging werd van 2007 tot en met 2009 geëxperimenteerd met integrale bekostiging binnen het ZonMw-programma Diabetes Keten zorg en de beleidsregel innovatie (zie box 1) (Struijs et al, 2009). Een deel van de onderzoeken waar de EIB aan refereert, waaronder kostenonderzoek op basis van gegevens van Vektis, heeft betrekking op deze experimentele periode.

De experimentele invoering van integrale bekostiging voor diabetes leidde tot bemoedigende resultaten voor het proces van zorg, terwijl effecten op de uitkomsten van de zorg (nog) niet zichtbaar waren.

(Struijs et al, 2009)

Vooruitlopend op de integrale bekostiging, en gebruikmakend van reeds bestaande financieringsregelingen voor samenhangende zorg zoals de keten-DBC en op basis van de beleidsregel innovatie, zijn zogenoemde zorggroepen ontstaan. Zorggroepen zijn organisaties (van overwegend eerstelijnszorgaanbieders) 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 (De Wildt & Leusink, 2008). Vaak zijn het groepen huisartsen die sterk variëren in grootte rond het gemiddelde van 81 (spreiding 3 tot 250 huisartsen). Zij werpen zich op als hoofdcontractant en subcontracteren andere disciplines, zoals bijvoorbeeld fysiotherapeuten, diëtisten, huisartsenlaboratoria en specialisten. Soms organiseren die andere disciplines zich op hun beurt ook in groepen. Er zijn in Nederland inmiddels zo'n 100 zorggroepen. Dit aantal is stabiel en heeft een landelijke dekking (De Jong-van Til et al, 2012).

Pakket van maatregelen binnen integrale bekostiging

Vanuit deze achtergrond is het plan ontwikkeld om de zorg voor chronisch zieken 'integraal' dat wil zeggen disciplineoverstijgend te bekostigen. De invoering van integrale bekostiging behelst een complex aan maatregelen waarbij verschillende instanties zijn betrokken. Wij schetsen die hier beknopt.

De invoering van integrale bekostiging behelst een complex aan maatregelen waarbij verschillende instanties zijn betrokken.

Regelgeving NZa

Beleidsregel CV-7000-5.0-1 (en opvolgende beleidsregels) beschrijft de prestaties voor multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. De inhoudelijke basis wordt gevormd door de vastgestelde zorgstandaarden. De tarieven zijn

Box 2 Een zorgstandaard voor een chronische aandoening:

- Is ziektespecifiek (betreft een bepaalde chronische aandoening) en bevat generieke componenten die op meerdere chronische ziekten van toepassing kunnen zijn;
- Omvat het complete zorgcontinuüm bij de individuele zorgvrager (cliënt, patiënt): vroegtijdige onderkenning en preventie, diagnose, behandeling, monitoren van het beloop, begeleiding en ondersteuning, revalidatie, re-integratie en bevordering van maatschappelijke participatie, en laatste levensfase en palliatie;
- Is gebaseerd op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten over de optimale individuele preventie en zorg bij de betreffende chronische ziekte;
- Is opgesteld vanuit het perspectief van de patiënt, de individuele zorgvrager, en bevat de aanwijzingen voor het opstellen van een individueel zorgplan;
- Geeft in alle relevante onderdelen aanwijzingen voor de ondersteuning van zelfmanagement;
- Beschrijft de inhoud van een multidisciplinair zorgproces (doorgaans aangeduid als ketenzorg);
- Geeft een functionele beschrijving van de activiteiten, dus beschrijft wat er gebeurt maar niet wie (welke beroepsbeoefenaar, zorgverlener) dat doet of waar dat gebeurt;
- Is richtinggevend voor de organisatie van het zorgproces en voor de bewaking en bevordering van kwaliteit;
- Geeft adequate prestatie-indicatoren voor de uitvoering van het zorgproces, voor de uitkomst van de zorg, en voor de eisen te stellen aan de organisatiestructuur van de zorgketen;
- Is richtinggevend voor de aanspraken en de bekostiging van de betreffende zorg;
- Wordt vertaald naar een patiëntenversie.

(Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2010)

vrij onderhandelbaar. Zorgaanbieders en verzekeraars zijn vrij om contracten aan te gaan volgens deze beleidsregel of te kiezen voor bestaande vormen van bekostiging. Contracten worden afgesloten met hoofdcontractanten die desgewenst onderdelen van de zorg kunnen subcontracteren. Het is echter de hoofdcontractant die declareert bij de zorgverzekeraar.

Als wordt gedeclareerd volgens deze beleidsregel kan voor de ‘gewone’ huisartsenconsulten voor de betreffende patiëntengroepen geen consulttarief worden gedeclareerd. Ook kan dan niet meer worden gedeclareerd in het kader van eerdere beleidsregels voor innovatiemogelijkheden en zijn bepaalde M&I verrichtingen in de contracten geëxcludeerd. Tenslotte is het ook niet mogelijk om voor één patiënt zorg in het kader van beide beleidsregels te contracteren.

Daarnaast zijn er aparte regelingen voor:

- Transparantievoorschriften: daarin worden zorgaanbieder en verzekeraar verplicht openbaar te maken hoe (zorgaanbieder) en tegen welke prijs (zorgverzekeraar) de zorg wordt geboden;
- Administratievoorschriften: daarin wordt geregeld dat hoofdcontracten verplicht zijn ten behoeve van de NZa gegevens te registreren volgens afgesproken minimale datasets (MDS);
- Declaratievoorschriften: daarin wordt geregeld hoe mag worden gedeclareerd.

Zorgstandaarden

De inhoudelijke ‘onderlegger’ voor de invoering van integrale bekostiging zijn de zorgstandaarden. Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden stimuleert de totstandkoming van zorgstandaarden volgens een uniform model (zie box 2). Een zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving

van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg. Hieronder valt ook de ondersteuning bij zelfmanagement, voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante prestatie-indicatoren (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2009). De zorgstandaarden worden ontwikkeld en gedragen door de bij de betreffende aandoening relevante zorg-aanbieders en patiëntenorganisaties.

Uitgangspunt van de formulering van Zorgstandaarden is het zogenoemde chronic care model van Wagner (Vrijhoef et al, 2001). In dit model speelt zelfmanagement van de patiënt en zorgplannen een belangrijke rol. Daarnaast worden bijvoorbeeld ook nog maatregelen op het vlak van ICT genomen om te faciliteren dat kan worden vastgelegd hoe de zorg wordt verleend. Een belangrijk punt is dat de zorgstandaarden functioneel worden omschreven, waarbij aangegeven wordt wat er moet gebeuren, maar niet door wie.

2.2 Doel evaluatiecommissie

Om na te gaan of wordt voldaan aan de randvoorwaarden is de toenmalige minister van VWS door de Tweede Kamer gevraagd een evaluatiecommissie in te stellen. De commissie heeft twee taken (ministerie van VWS, 2010):

- 1 Het monitoren van de ontwikkelingen rond integrale bekostiging met de vragen in hoeverre aan de randvoorwaarden is voldaan en in hoeverre de beoogde effecten optreden;
- 2 Na afloop van de driejaarsperiode adviseren aan de minister of de overgangperiode kan worden beëindigd in de zin dat aan de randvoorwaarden is 'voldaan' en het veld voldoende 'klaar' is voor het laten vervallen van de overgangsregeling.

Ten aanzien van de te realiseren 'randvoorwaarden' noemde de minister in zijn brief aan de Kamer 'uiteenlopende zaken als helderheid over wat er in de keten valt en wat niet, een goed geborgd proces van zorgstandaardenontwikkeling en het vraagstuk van de marktmacht op de zorgaanbiedersmarkt voor ketenzorg' (ministerie van VWS, 2010).

De volgende vragen (aangaande randvoorwaarden en ongewenste neveneffecten) worden genoemd als aandachtspunt voor de Evaluatiecommissie:

- Wat is het effect van het werken met keten-DBC's op de administratieve lasten? Blijken de regelingen afdoende werkbaar? Treden er voor patiënten (on)-gewenste veranderingen op met betrekking tot eigen bijdragen en eigen risico?
- Komt de transparantie van de geleverde zorg adequaat tot stand?
- Lukt het om de gewenste samenhang procesmatig en organisatorisch tot stand te brengen? Welke nieuwe organisatievormen ontstaan er? Wat zijn de effecten van deze nieuwe organisatievormen op de bedrijfsvoering van de aanbieders? Wat is de impact op de beoogde samenwerking tussen zorgaanbieders?
- Hoe wordt omgegaan met patiënten met comorbiditeit? Is er sprake van ongewenste 'versnippering'? Wat zijn de effecten op de relatie zorgaanbieder-patiënt?
- Leidt de aandacht voor deze nieuwe zorgvormen wellicht tot minder aandacht voor andere zorgproblemen?
- Hoe wordt de patiënt betrokken bij het vormgeven van zijn/haar eigen zorg? Worden de kansen voor zelfmanagement afdoende benut?
- Ontstaat er afdoende landelijke dekking van aanbod van deze vorm van zorg?
- Blijken afdoende hoeveelheden aanbieders en individuele professionals in staat om in deze ontwikkeling te participeren?
- Ontstaan er feitelijke belemmeringen voor de vrije artskenkeuze? En geldt dit ook voor andere individuele beroepsbeoefenaren?
- Wat zijn de uiteindelijke effecten van het beleid in termen van de gewenste kwaliteitsverbetering en geprognosticeerde kostenreductie?

De brief gaf nog enkele aanvullende aandachtspunten (ministerie van VWS, 2010):

- De Evaluatiecommissie gaat niet in de schoenen van de toezichtorganen staan. Waar de NZa deelvragen beantwoordt, zullen deze antwoorden input voor de Evaluatiecommissie kunnen zijn;
- De Evaluatiecommissie dient om de ervaringen van alle betrokkenen te kanaliseren, ons allen te doen leren en om input aan de Tweede Kamer te verschaffen bij de afweging om de overgangperiode te verlengen;
- Uiteindelijk dient voor de Evaluatiecommissie het (potentiële) effect op (toekomstige) patiënten centraal te staan.

De EIB acht het voor de heldere beantwoording van deze vragen in de eerste plaats van belang om het verschil te beklemtonen tussen ketenzorg en integrale bekostiging.

Over ketenzorg wordt gesproken als van een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen sprake is gericht op een specifieke patiëntencategorie en in de tijd gefaseerd (RVZ, 1998). Ketenzorg kan in beginsel ook worden verleend zonder integrale bekostiging en anderzijds geldt dat voor kwalitatief hoogwaardige chronische zorg meer nodig is dan integrale bekostiging (Vrijhoef & Steuten, 2006). De taakopdracht van de EIB richt zich op het instrument integrale bekostiging welke als doel heeft bij te dragen aan de totstandkoming van kwalitatief hoogwaardige ketenzorg.

Verder is het van belang te expliciteren wat de EIB hierbij onder randvoorwaarden verstaat. De commissie dient advies uit te brengen of afdoende aan de randvoorwaarden is voldaan om de overgangsregeling te laten vervallen. Daarnaast dient de commissie echter het potentiële effect voor de patiënt centraal te zetten en naar eventuele (on)gewenste neveneffecten te kijken. Daarmee hebben we alle ingrediënten van een klassiek evaluatieonderzoek waarin wordt gekeken of de beoogde effecten worden gehaald, of de beoogde middelen worden ingezet en inderdaad bijdragen aan het bereiken van het beoogde effecten en of zij leiden tot al dan niet gewenste neveneffecten.

Onder afdoende aan de ‘randvoorwaarden voldaan zijn’, verstaat de EIB dat het ingezette instrumentarium zodanig is uitgekristalliseerd dat verwacht kan worden dat de beoogde hoofdeffecten worden bereikt en negatieve neveneffecten uitblijven.

Het gaat de EIB aldus om de werking van het beleid. Vooraf bestaan gedachten over de wijze waarop door de ingezette middelen de beoogde effecten zullen worden bereikt. Dit wordt de beleidstheorie genoemd (Leeuw, 2003). Hieronder zullen wij die trachten te expliciteren voor de invoering van integrale bekostiging.

2.3 Beleidstheorie

Invoering van integrale bekostiging is niet simpel en alleen een bekostigingsmaatregel, maar eerder een beleidsprogramma met een complex van samenhangende maatregelen en acties. Achter dit programma zitten ideeën over hoe het complex aan ingezette maatregelen zou moeten bijdragen aan de gestelde doelen van verhoging van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken en/of vermindering van de kosten. Ook zitten er veronderstellingen achter ten aanzien van het gedrag van actoren uit het veld. Wij trachten die hieronder te expliciteren. Wij gaan eerst in

op de geplande effecten, dan op de neveneffecten en tenslotte op de geplande randvoorwaarden om het beleid in zijn doelen te doen slagen.

Treden de geplande effecten op?

De geplande effecten van het beleid zijn kwaliteitsverbetering en kostenreductie (ministerie van VWS, 2010). Uit literatuur is, zoals we eerder betoogden, bekend dat inzetten op betere samenwerking in de zorg (ketenzorg) kan leiden tot gezondheidswinst al zijn de positieve resultaten niet eenduidig en niet op alle uitkomstmaten en ziekten aantoonbaar (Van Dijk et al, 2011a). Iets anders is de vraag of door het inzetten van het complex aan maatregelen per 1 januari 2010 deze beoogde effecten, kwaliteitswinst en kostenreductie, inderdaad zijn opgetreden.

Er waren verschillende redenen om de verwachtingen niet te hoog gespannen te laten zijn.

In de eerste plaats kwamen de maatregelen rond integrale bekostiging niet uit het niets. Praktijkondersteuners Huisartsenzorg (POH-ers) zijn de afgelopen jaren op grote schaal en met succes ingezet om de controles van chronisch zieken (diabetespatiënten en in mindere mate hypertensiepatiënten en COPD-patiënten) op een systematischer wijze conform NHG-standaard te doen plaatsvinden (Van den Berg & De Bakker, 2003). Daarnaast wordt in Nederland sinds midden jaren 90 geëxperimenteerd met nieuwe zorgconcepten (o.a. ketenzorg) waarin diverse (f)actoren aangrijpingspunt zijn voor het toekomstbestendig maken van de chronische zorg (Vrijhoef, 2010). Ten tweede zijn er de afgelopen jaren al verschillende financiële instrumenten ingezet. Er is een M&I-tarief voor intensieve diabetesbegeleiding dat huisartsen kunnen declareren als zij daarvoor een contract hebben met de zorgverzekeraar. Ook bestond de beleidsregel 'samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijns zorgproducten' (module GEZ) die het mogelijk maakt voor verzekeraars om samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn die een geïntegreerd zorgaanbod leveren te contracteren. Tenslotte is er, zoals eerder vermeld, in een tiental zorggroepen verspreid over Nederland het ZonMw-programma Diabetes Ketenzorg uitgevoerd waarin is geëxperimenteerd met keten-DBC's voor diabetes dat geëvalueerd is door het RIVM (Struijs et al, 2009). In die zin is de integrale bekostiging een verdere stap in reeds eerder stadium ingezet beleid. Vraag is ook hoe snel de effecten zullen optreden. Het evaluatieonderzoek van keten-DBC's zag na één jaar experimenteren nog geen effect op patiëntuitkomsten (Struijs et al, 2009). Op procesindicatoren werd wel winst geboekt in de zin dat controles systematischer werden uitgevoerd al was er op het terrein van voet- en oogonderzoek nog wel ruimte voor verbetering. Een laatste punt van aandacht is de termijn waarop effec-

ten kunnen worden verwacht van betere ketenzorg op bijvoorbeeld complicaties en daarmee kosten in de tweede lijn. De termijn waarop ketenzorg effect sorteert verschilt per aandoening en kan meerdere jaren duren (Vrijhoef, 2010). Binnen de termijn waarin de EIB haar werk doet (tweeënhalf jaar, waarbij zij zich aan het eind zal moeten baseren op gegevens over de eerste twee invoeringsjaren) werden derhalve geen grote effecten verwacht.

Het optreden van de effecten is ook afhankelijk van de vraag of de beoogde randvoorwaarden van ketenzorg worden gerealiseerd en of de realisering van die randvoorwaarden inderdaad leidt tot de beoogde effecten. Het realiseren van die randvoorwaarden kan worden gezien als subdoelen van het beleid die instrumenteel zijn voor het bereiken van de hoofddoelstelling.

Neveneffecten

Wij benoemen hier als neveneffecten van het beleid alle niet vooraf geplande effecten die optreden als gevolg van het ingezette beleid.

Soms is het onderscheid tussen effecten en neveneffecten subtiel.

De bekostigingsmaatregel zet bijvoorbeeld expliciet in op betere samenhang op het niveau van specifieke ziektecategorieën. Wijkgerichte samenhang en samenhang op het niveau van patiënten zouden hieronder kunnen lijden. Neveneffecten van het beleid, of zij nu gewenst of ongewenst zijn, zijn moeilijk te voorspellen. Neveneffecten waar iedereen voor gewaarschuwd heeft, blijven soms uit terwijl andere effecten, die niemand voorzien had, optreden. Een aantal aandachtsgebieden die in het evaluatiekader zijn geformuleerd:

— *Effect op wijkgerichte samenhang in de zorg*

Wijkgerichte samenwerking tussen eerstelijnsgezondheidszorgdisciplines en samenhang in de zorg is beleid dat breed wordt gedragen zowel door de overheid als veldpartijen (LOVE, 2004). Het is een voorwaarde voor een goede samenwerking met andere wijkgericht werkende voorzieningen bijvoorbeeld op het gebied van wonen en zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en publieke gezondheid. De ontwikkeling voor invoering van integrale bekostiging was bemoedigend in de zin dat we zagen dat het aantal multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn gestaag groeide (Hansen et al, 2010). Integrale bekostiging stimuleert multidisciplinaire samenwerking op het niveau van specifieke ziektecategorieën en zou hier dus verder aan kunnen bijdragen: een positief neveneffect dus.

Er wordt echter ook gewezen op het risico dat bestaande samenwerking wordt doorkruist.

Zorggroepen zijn samenwerkingsverbanden die vaak op regionaal niveau opereren. Een voorbeeld dat hier vaak wordt gegeven is dat een diëtiste in een gezondheidscentrum haar baan verliest omdat de zorggroep waar de huisartsen in het centrum deel van uitmaken voor andere subcontractanten heeft gekozen of de dieetvoorziening door een POH laat geven. Dit kan ook gebeuren bij andere subcontractanten als bijvoorbeeld fysiotherapeuten of huisartsenlaboratoria.

— *Effect op patiëntgerichte samenhang in de zorg*

Eenzelfde soort redenering kan worden gevolgd ten aanzien van de samenhang in de zorg op patiëntniveau. Integrale bekostiging stuurt aan op samenhang in de zorg voor mensen met specifieke aandoeningen.

Door Van Dijk et al (2009) wordt er echter op gewezen dat het overgrote deel van de patiënten met aandoeningen die integraal gaan worden bekostigd comorbiditeit hebben in de zin dat zij ook met andere aandoeningen bij de huisarts komen.

Zij waarschuwen voor versnippering van de zorg. De vraag is of deze constatering voldoende argumentatie biedt de diabeteszorg niet integraal te organiseren. Het is eerder een argument om de zorg voor de andere aandoeningen ook goed te regelen. Heel concreet wordt echter versnippering als de patiënt voor die ene aandoening naar een andere arts moet dan zijn reguliere huisarts, waardoor het overzicht verloren kan gaan. Dit is betrekkelijk onwaarschijnlijk. Minder onwaarschijnlijk is versnippering van de dossiers. Het elektronisch medisch dossier (EMD) van de huisarts bood voor de introductie van integrale bekostiging overzicht over het totaal van de zorg. Door de opkomst van ketenzorg en ten behoeve van de integrale bekostiging van de zorg zijn Keten Informatie Systemen (KIS) in gebruik die juist dat deel van de zorg specifiek ondersteunen. Zij zijn echter nog niet altijd en volledig gekoppeld aan het huisartsdossier (laat staan aan dossiers van andere eerstelijnszorgverleners), waardoor de huisarts voor het dilemma staat van onvolledig zijn of dubbel invoeren.

— *Administratieve last*

Het laatste is al een voorbeeld van de administratieve last die een gevolg kan zijn van de invoering van integrale bekostiging. De introductie van integrale bekostiging veroorzaakt administratieve last aan de zijde van zorgverzekeraars en aanbie-

ders. ICT-systemen moeten worden omgebouwd en zolang dat niet optimaal werkt betekent dat óf extra administratieve last óf suboptimaal werken van het systeem van transparantie. Die administratieve last zal aan het begin hoger zijn dan wanneer iedereen aan het systeem gewend is en de ICT goed faciliteert. De administratieve last kan echter de werking van het beleid (bijvoorbeeld de transparantie) belemmeren. Daarom is het van belang daarop te monitoren.

— Toegankelijkheid voor de patiënt

In de eerste plaats kan er sprake zijn van ongelijkheid in toegang als er voor specifieke groepen patiënten of in bepaalde regio's wel kwalitatief hoogwaardige ketenzorg volgens de zorgstandaard wordt geleverd en voor andere niet. Dat kan gebeuren doordat in bepaalde regio's wel contracten worden gesloten en in andere niet.

Verder is het mogelijk dat zorgverleners risicoselectie toepassen, door bijvoorbeeld patiënten waarbij het moeilijker is goed te scoren op de afgesproken indicatoren buiten het zorgprogramma te houden.

In de tweede plaats kunnen er effecten op de keuzevrijheid optreden van artsen of andere zorgverleners doordat er selectief wordt ge(sub)contracteerd. Ook kunnen financiële belemmeringen optreden in de vorm van eigen bijdragen/risico's.

— Gevolgen voor de 'rest' van de zorg

De invoering van integrale bekostiging vraagt inspanning van alle betrokken partijen. De afgelopen jaren zien we ook dat los van de integrale bekostiging al veel in deze aandoeningen wordt geïnvesteerd. Zo zien we dat onder invloed van toenomen aandacht voor screening de prevalentie van diabetes in de huisartsenpraktijk sinds 2002 met circa 30% is gestegen (www.nivel.nl/linh). Een fulltime werkende huisarts heeft beperkte capaciteit. Hierdoor kunnen er verdringingseffecten optreden. Aandacht voor het een kan ten koste gaan van aandacht voor andere aandoeningen, bijvoorbeeld tot uiting komen in een moeizamer toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk. Daarom is het van belang hierop te monitoren.

De geplande randvoorwaarden

De belangrijkste veronderstelling achter het beleid is dat het financieren van de zorg als samenhangend geheel met één contract op basis van een afgesproken standaard en een hoofverantwoordelijke uitvoerder die anderen subcontracteert betere garanties biedt voor samenhangende zorg dan de huidige per discipline georganiseerde financiering. Op zich is dit een logische redenering. De tweede

gedachte achter de werking van het beleid berust op het principe van gereguleerde marktwerking. Er is hierbij sprake van verschillende markten:

- de markt voor zorgverzekeringen: verzekerden sluiten polissen af met zorgverzekeraars;
- de markt voor hoofdcontracten: verzekeraars sluiten contracten met hoofdcontractanten (in het algemeen de zorggroepen);
- de markt voor subcontracten: hoofdcontractanten sluiten contracten met subcontractanten.

Op deze markten is een zodanige concurrentie (of in elk geval dreiging van concurrentie), zo is de veronderstelling, dat gunstige contracten in termen van prijs en/of kwaliteit kunnen worden onderhandeld. Zij zijn ook onderling gerelateerd. Verzekeraars zullen pas genegen zijn contracten af te sluiten met hoofdcontractanten als zij verwachten daarmee een voordeel te halen in de markt voor zorgverzekerden, met andere woorden meer polissen te verkopen, dus tegen lagere premie of een hogere kwaliteit van zorg of tenminste de associatie daarmee. Hoofdcontractanten zullen pas genegen zijn contracten aan te gaan als hen dat voordeel oplevert ten opzichte van de oude situatie en als zij er in slagen subcontractanten te binden.

Om de markt te laten werken zijn diverse maatregelen genomen:

- De zorgstandaarden zijn functioneel omschreven, dat wil zeggen dat vastgelegd is wat moet worden gedaan, maar niet wie het uitvoert;
- Uitvoeringsregels zijn geformuleerd om te grote machtconcentraties aan de kant van verzekeraars of zorggroepen te voorkomen en het toezien op de naleving van het kartelverbod; de NZa en de NMa zien toe op naleving daarvan (NZa/NMa, 2010);
- Regels zijn ontwikkeld ten aanzien van transparantie van de geboden zorg om verzekeraars in staat te stellen niet alleen op basis van prijs maar ook op basis van kwaliteit te kunnen laten contracteren en de NZa haar toezichthoudende rol te kunnen laten uitoefenen;
- DBC's in de tweede lijn die nauw aansluiten bij de zorgstandaarden worden overgeheveld naar het B-segment zodat de zorgverzekeraars daar risicodragend voor worden.

Ten aanzien van het afsluiten van contracten is de vraag in hoeverre de zorg daadwerkelijk wordt uitgevoerd conform die contracten, of met andere woorden volgens de zorgstandaarden wordt gewerkt en of de beoogde samenwerking tussen zorgverleners inderdaad tot stand komt. Hierbij is een specifiek belangrijk element om het beleid te doen slagen het streven naar meer inbreng van de patiënt in de zorg c.q. zelfmanagement. Belangrijk is dat de patiënt begrijpt wat de chronische aandoening inhoudt, waaruit de behandeling bestaat, wat de prognose is, wat de betekenis is van symptomen, op welke manier leefstijl en medicijnen ingrijpen op de aandoening, hoe de risicofactoren te beïnvloeden zijn, hoe kan worden omgegaan met de consequenties en emoties en hierover effectief kan worden gecommuniceerd met zorgverleners familie, collega's (werkgever) en vrienden (Holman & Lorig, 2000). Dit is onderdeel van het chronic care model en kan ook gezien worden als een randvoorwaarde om de hoofdeffecten van het beleid te doen slagen (Platform vitale vaten, 2009). Tenslotte is het de vraag in hoeverre dat ook transparant wordt gemaakt. Deze maatregelen zijn deels nog in ontwikkeling en vraag is natuurlijk hoe zij in de praktijk zullen werken. Zo zijn de zorgstandaarden functioneel omschreven, maar kunnen zorgverzekeraars praktisch gesproken nauwelijks om de rol van de huisarts heen (los van de vraag of dat wenselijk zou zijn). De transparantieregels zijn voorts op de tekentafel eenvoudig te formuleren. Om een en ander in de praktijk te laten werken, dienen ICT-systemen te worden aangepast, dienen gesubcontracteerde zorgverleners te gaan registreren, dient een rapportagesystematiek te worden ontwikkeld en dan is nog maar de vraag of de beleidsmatige impact daarvan zodanig is dat de uitkomsten werkelijk een rol gaan spelen in de onderhandelingen tussen verzekeraars en zorggroepen.

2.4 Vraagstelling

In het Evaluatiekader werden concrete vragen voor het onderzoek geformuleerd (EIB, 2010). Per vraag wordt aangegeven vanuit welk perspectief naar deze vraag wordt gekeken. Daarbij wordt uitgegaan van de volgende perspectieven: patiënt (p), hoofdcontractant/zorggroep (h), zorgverlener/subcontractant (z) en de verzekeraar (v):

- 1 **In hoeverre worden de beoogde effecten van de invoering van integrale bekostiging van de zorg voor chronisch zieken gerealiseerd?**
 - 1a In hoeverre treedt een verbetering op van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken? Dit afgemeten aan uitkomsten van de zorg (z) en de ervaring van de patiënt (p).

- 1b In hoeverre wordt kostenreductie gerealiseerd? Vindt substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg plaats (v)?
- 2 In hoeverre worden de beoogde randvoorwaarden om de invoering te doen werken gerealiseerd?
 - 2a In hoeverre komen de geplande regels en voorzieningen tot stand (zorgstandaarden, ICT, transparantieregels) (v, h, z)?
 - 2b In hoeverre wordt gebruik gemaakt van de regelingen rond integrale bekostiging bij het contracteren van de zorg (v, h)?
 - 2c In hoeverre werkt de (dreiging op) concurrentie zodanig dat qua prijs en kwaliteit gunstige contracten worden afgesloten (v, h, z)?
 - 2d In hoeverre wordt gewerkt volgens zorgstandaarden en komt de geplande samenwerking tussen zorgaanbieders tot stand (h, z)?
 - 2e In hoeverre wordt de patiënt betrokken bij de zorg, in hoeverre treedt zelfmanagement op (p)?
 - 2f In hoeverre komt de beoogde transparantie tot stand (h)?
- 3 In hoeverre treden al dan niet gewenste neveneffecten op?
 - 3a Wat zijn de gevolgen voor de samenhangende zorg in de wijk (p, z)?
 - 3b Wat zijn de gevolgen voor de samenhangende zorg voor de patiënt (p, z)?
 - 3c Wat zijn de gevolgen voor de administratieve lasten van zorgaanbieders en verzekeraars (v, h, z)?
 - 3d Wat zijn de gevolgen voor de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt (p, z)?
 - 3e Wat zijn de gevolgen voor andere in de eerste lijn gepresenteerde zorgproblemen (p, z)?

Werkwijze

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) was verantwoordelijk voor het onderzoek ten behoeve van de EIB op basis van de bovenstaande vragen. Het RIVM voerde daarvoor eerst een inventarisatie uit op het beschikbare onderzoek/ databronnen. Belangrijke input waren daarbij lopend onderzoek en bestaande databronnen. Beschikbare rapportages uit de relevante andere ZonMw-programma's Diseasemanagement chronische ziekten en Op één lijn alsmede rapportages van de NZa werden meegenomen. Ook wetenschappelijke onderzoeken van Nederlandse universiteiten werden betrokken. Op basis van de inventarisatie van het beschikbare onderzoek heeft de EIB besloten om aanvullend onderzoek door het RIVM te laten verrichten over de kosten van zorg met data van Vektis. De EIB heeft haar bevindingen gebaseerd op al het onderzoek dat voor 8 mei 2012 voorhanden was.

3 Ervaringen na bijna tweeënhalf jaar integrale bekostiging

Tweeënhalf jaar na de landelijke introductie van integrale bekostiging is er nog maar weinig robuust onderzoek naar de effecten van integrale bekostiging voorhanden. Idealiter zou de EIB haar aanbevelingen willen baseren op landelijk representatief onderzoek over een langere periode waarbij integrale bekostiging eventueel wordt vergeleken met een controlegroep zonder integrale bekostiging. Dergelijk onderzoek is echter nauwelijks voorhanden en praktisch bijna niet uitvoerbaar. Door de relatief korte periode van evaluatie zijn de onderzoeken vaak beperkt tot gegevens tot en met 2010 en voornamelijk voor patiënten met diabetes mellitus type 2. Dit betekent dat de bewijskracht voor de eventuele effecten van integrale bekostiging gering is. In dit hoofdstuk worden de ervaringen na bijna tweeënhalf jaar integrale bekostiging gepresenteerd op basis van het beschikbare onderzoek. Niet al het onderhavige onderzoek zal worden beschreven. Voor een overzicht van de onderzoeken wordt u verwezen naar het briefrapport van het RIVM (Lemmens et al, 2012).

De hiërarchie van bewijskracht die de EIB hierbij aanhoudt is:

- Categorie I: Landelijk generaliseerbaar onderzoek met vergelijking voor/na en integraal versus niet integraal.
- Categorie II: Landelijk generaliseerbaar onderzoek met vergelijking voor/na.¹
- Categorie III: Landelijk generaliseerbaar onderzoek met integraal versus niet integraal.²
- Categorie IV: Casuïstiek van individuele (kleine) zorgverzekeraar of zorggroepen met enige vergelijking voor/na en/of integraal versus niet integraal.
- Categorie V: Casuïstiek zonder vergelijking.³

1 Onder deze categorie vallen ook onderzoeken die over een bepaalde tijdsperiode effecten vergelijken en niet vergelijken met de situatie voor integrale bekostiging.

2 Onder deze categorie vallen ook onderzoeken zonder vergelijking tussen integraal en niet integrale bekostiging als het onderwerpen betreft die alleen van toepassing zijn op integrale bekostiging.

3 Onder deze categorie vallen de stakeholdersbijeenkomsten waarover in de tweede rapportage van de EIB is gerapporteerd (EIB, 2012).

De bewijskracht van categorie I is het grootst. Op basis van onderzoek uit categorie I kunnen eventuele veranderingen worden toegeschreven aan de invoering van integrale bekostiging. Onderzoeken in categorie II geven inzicht in landelijke trends binnen integrale bekostiging. Eventuele verbeteringen kunnen echter niet met de hoogste mate van zekerheid worden toegeschreven aan integrale bekostiging, deze kunnen ook wijzen op een eerder ingezette trend. Onderzoeken uit categorie III geven verschillen tussen al dan niet integrale bekostiging op een bepaald moment. Verschillen kunnen naast het effect van integrale bekostiging ook wijzen op verschillen in factoren die bepalen of er al dan niet voor integrale bekostiging wordt gekozen. Onderzoeken in categorie IV en V zijn niet per definitie generaliseerbaar naar de landelijke situatie, waardoor de bewijskracht een stuk kleiner is. Een ander belangrijk punt in de bewijskracht is de grootte van de onderzoekspopulatie. Als het onderzoek slechts een kleine steekproef betreft is de bewijskracht beperkter. Indien het gerapporteerde onderzoek gaat over een onderzoek met een kleine steekproef zal dit worden aangegeven. Het kan voorkomen dat binnen één onderzoek verschillende onderzoeksmethoden worden gebruikt, waardoor het onderzoek onder meerdere categorieën valt. In de tekst zal de categorie worden vermeld van het betreffende (deel)onderzoek.

3.1 Treden de geplande effecten op?

De geplande effecten van integrale bekostiging zijn kwaliteitsverbetering en kostenreductie (ministerie van VWS, 2010). Integrale bekostiging beoogt de ketenzorg te versterken en daardoor bij te dragen aan het realiseren van gezondheidswinst voor chronisch zieke patiënten, en aan de betaalbaarheid van de zorg. In de inleiding is reeds aangegeven dat veel veranderingen in de zorg al in gang waren gezet (bijvoorbeeld inzet POH-ers, experimenten, andere financieringsregelingen) voordat de integrale bekostiging werd ingevoerd, waardoor een voor/na-vergelijking mank gaat. In 2009 beleefden bijvoorbeeld diabetespatiënten en COPD-patiënten een meer programmatische aanpak in de zorg, gemeten met de PACIC, dan andere patiëntengroepen (Heijmans et al, 2010).

Bovendien kan het inhoudelijk gezien jaren duren voordat effecten op uitkomsten van zorg zichtbaar worden en bijvoorbeeld een vermindering van ziekenhuisopnames vanwege vermijdbare complicaties optreedt.

(Vrijhoef, 2010)

Dit verschilt ook per aandoening. Binnen de termijn waarin de Evaluatiecommissie haar werk heeft gedaan (tweeënhalf jaar), kunnen dan ook onmogelijk effecten op zogenaamde harde eindpunten worden vastgesteld.

Kosten van zorg

Betrouwbare en volledige gegevens over kosteneffecten van de invoering van integrale bekostiging in de periode vanaf 2010 zijn niet voor handen. Dit komt met name doordat de declaraties in de tweede lijn (en van de GGZ) bij de verzekeraars soms tot 2 jaar kunnen achterlopen. De commissie moest zich daarom ‘behelpen’ met gegevens over het jaar 2009 in welk jaar integrale bekostiging van diabetes type 2 op basis van de beleidsregel innovatie overigens al op grote schaal plaatsvond.

In 2009 bedroegen de totale zorgkosten van diabetespatiënten ongeveer € 4.800 (Struijs et al 2012a). De gemiddelde prijs van de eerstelijnsketen-DBC bedraagt circa € 400 (Struijs et al, 2012b).

We kunnen op grond hiervan concluderen dat de integrale bekostiging van de zorg voor diabetespatiënten ruim 8% van de totale zorgkosten van diabetespatiënten betreft.

‘Integrale’ bekostiging is dus verre van integraal. Daarbij moet opgemerkt dat lang niet alle zorgkosten van diabetespatiënten de aandoening diabetes betreffen. Het hebben van comorbiditeit blijkt een belangrijke ‘voorspeller’ van de kosten. Patiënten met één andere aandoening hebben gemiddeld € 2.600 hogere zorgkosten dan patiënten zonder comorbiditeit. Het grootste deel van de zorgkosten van diabetespatiënten (circa 45%) wordt in de tweede lijn gemaakt en ruim 25% gaat op aan de kosten van geneesmiddelen.

Met hetzelfde landelijke onderzoek (categorie III) kan worden vastgesteld dat de gemiddelde totale directe zorgkosten binnen de gezondheidszorg voor een type 2 diabetespatiënt in 2009 gemiddeld ongeveer € 160 hoger zijn dan in de reguliere bekostiging en € 225 hoger zijn dan het koptarief (opslag voor organisatie van zorg bovenop gebruikelijke regulier tarieven (GEZ-gelden) – soms ook zorg inbegrepen) (Struijs et al, 2012a). Daarbij is rekening gehouden met verschillen in leeftijds- en geslachtsamenstelling van beide groepen en verschillen in het voorkomen van comorbiditeit. We zien ook dat bij integrale bekostiging en bij bekostiging via het koptarief een kleiner deel van de diabetespatiënten in de tweede lijn wordt behandeld in vergelijking met reguliere bekostiging. De bespaarde kosten bij integrale

bekostiging van diabeteszorg binnen de tweede lijn worden echter (over)gecompenseerd door andere zorg die deze patiënten in de tweede lijn krijgen en deels ook door de hogere directe kosten binnen de gezondheidszorg in de eerste lijn. Dit wijst erop dat integrale bekostiging een substitutie-effect laat zien, maar dat de prijs die ervoor wordt betaald in de vorm van extra kosten in de eerste lijn niet worden gecompenseerd door lagere kosten in de tweede lijn. De 'winst' lijkt niet te kunnen worden 'verzilverd' door compensatiegedrag in ziekenhuizen. De al eerder genoemde aanwezigheid van comorbiditeit kan hier een rol spelen in de zin dat tegen de grenzen wordt aangelopen van de op één ziekte gerichte aanpak.

Ook een onderzoek van Achmea op basis van gegevens uit de eigen declaratiegegevens komt tot de conclusie dat integrale bekostiging¹ gepaard gaat met hogere directe kosten ondanks dat het ook leidt tot substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg (Achmea, 2011 – categorie I). Dit onderzoek laat tussen 2006 en 2009 een iets hogere stijging zien (€ 39) van de diabetesgerelateerde directe zorgkosten binnen de gezondheidszorg binnen integrale bekostiging vergeleken met reguliere bekostiging.

Achmea heeft daarnaast ook gekeken naar de verschillen tussen zorg-groepen en ziekenhuizen. Zij vindt grote variatie in zorgkosten en substitutie van de tweede naar de eerste lijn tussen zorggroepen en ook verschillen in zorgkosten tussen ziekenhuizen.

Dubbele financiering komt binnen integrale bekostiging regelmatig voor, waarbij voor diabetespatiënten onder behandeling in de tweede lijn ook een keten-DBC wordt gedeclareerd. Ook hierbij worden grote verschillen tussen zorggroepen gevonden (Achmea, 2011).

Concluderend blijken de totale directe kosten binnen de gezondheidszorg voor diabetespatiënten op de korte termijn hoger voor integrale bekostiging in vergelijking met het ketentarief en de reguliere bekostiging.

1 In dit onderzoek worden ook diabetespatiënten in zorggroepen geïncludeerd die in de onderzoeksperiode zijn veranderd van bekostiging via een koptarief naar integrale bekostiging.

Hierbij moet worden opgemerkt dat een deel van dit verschil in kosten wellicht kan worden verklaard door de hogere kosten voor het (door)ontwikkelen van ketenzorg binnen integrale bekostiging. En daarnaast komen de vaste kosten van het organiseren van ketenzorg (o.a. infrastructuur van zorggroepen) vooral ten laste van de diabeteszorg. Ook wordt opgemerkt dat in 2009 de kosten van de module POH nog apart kon worden gedeclareerd bovenop de integrale bekostiging. Omdat dit de facto een vorm van dubbele bekostiging oplevert is dat in 2011 deels afgeschaft¹. Dit verklaart een deel van de hogere zorgkosten voor diabetes in 2009. De effecten van integrale bekostiging op de directe kosten van zorg binnen de gezondheidszorg variëren sterk tussen zorggroepen, waarbij een aantal zorggroepen veel betere uitkomsten laten zien. Uitspraken over kosteneffecten van integrale bekostiging op de lange termijn kan de Evaluatiecommissie op basis van het beschikbare onderzoek niet doen.

Effecten op kwaliteit van zorg

Onderzoek naar de effecten van integrale bekostiging op de kwaliteit van zorg betreft enkel longitudinaal onderzoek waarbij geen vergelijking is gemaakt met een controlegroep (categorie II en IV). Eventuele verbeteringen kunnen daardoor niet met zekerheid worden toegeschreven aan integrale bekostiging, maar kunnen ook wijzen op een eerder ingezette trend.

Landelijke onderzoeken naar de effecten van integrale bekostiging voor diabetes laten verbeteringen in de procesindicatoren zien en een lichte verbetering op de uitkomstvariabelen.

(Elissen et al, 2011; Struijs et al, 2012b – beiden categorie II)

Beide onderzoeken, die deels over dezelfde zorggroepen rapporteren, vinden een lichte daling in de systolische bloeddruk en totaal cholesterol, maar geen effect op de HbA_{1c}-waarde. De bereikte intermediaire uitkomsten, zoals HbA_{1c}, LDL- en HDL-cholesterol, verschillen tussen en binnen zorggroepen met verschillen oplopend tot 18% (Elissen et al, 2011 – categorie II). Uit subanalyses in het onderzoek van Elissen et al. (2011) bleek dat diabetespatiënten met een relatief hoge HbA_{1c}-waarde aan het begin van het onderzoek een daling lieten zien in hun HbA_{1c}-waarde. Ook waren de verbeteringen in het LDL-cholesterol en systolische bloeddruk groter in deze groep patiënten. De resultaten wijzen op de noodzaak van een gedifferentieerde

¹ Een zorgverzekeraar heeft bijvoorbeeld vanaf 2011 de module POH bij huisartsen die deel namen aan het zorgprogramma diabetes met 25% 'gekort'. Dat betekent € 6,80 (tarief module POH) x 2.350 patiënten x 25% = ± € 4.000. Op basis van gemiddeld 80 diabetespatiënten is dit een correctie van € 50 op de kosten van een diabetespatiënt.

aanpak bij de zorg voor mensen met chronische aandoeningen, waarbij onderscheid dient te worden gemaakt naar zorgzwaarte. Generaliseerbaar onderzoek naar de effecten van bekostiging van ketenzorg met het koptarief op de kwaliteit van zorg is niet voor handen.

Landelijk onderzoek naar de effecten van integrale bekostiging bij COPD en VRM op de kwaliteit van zorg is nog niet beschikbaar. Deze effecten zijn wel gerapporteerd door twee zorggroepen (categorie IV). Het Huisartsenteam rapporteert een verbetering in proces- en patiëntuitkomsten voor patiënten met COPD en mensen met een verhoogd vasculair risico na respectievelijk 3 en 2 jaar na introductie van integrale bekostiging (Het Huisartsenteam, 2012). De zorggroep De Ondernemende Huisarts rapporteert daarnaast een sterke verbetering in procesuitkomsten na 2 jaar integrale bekostiging COPD (Smeele et al, 2012). In hoeverre deze resultaten ook van toepassing zijn voor andere zorggroepen is onduidelijk, zeker gezien het feit het hier om duidelijke voorlopers in ketenzorg gaat.

De mate waarin diabetespatiënten een programmatische aanpak van zorg ervaren als gemeten met de 'Patient assessment of Care for Chronic Illness Care'-vragenlijst (PACIC, Vrijhoef et al, 2009) lijkt weinig te verschillen tussen wel en niet integraal bekostigde zorg aan patiënten. Wel voelden integraal bekostigde patiënten zich iets meer betrokken bij de zorg (Van Dijk & Korevaar, 2011 – categorie III kleinschalig).

Concluderend bieden deze onderzoeken aanwijzingen voor lichte verbeteringen in de kwaliteit van zorg en de mogelijke noodzaak tot een gedifferentieerde aanpak naar zorgbehoefte. Ook lijken de effecten sterk te variëren tussen en binnen zorggroepen.

3.2 Neveneffecten

In het door de commissie opgestelde Evaluatiekader zijn een aantal mogelijke neveneffecten benoemd. De Evaluatiecommissie heeft neveneffecten van beleid benoemd als alle niet vooraf geplande effecten die optreden.

Effect op wijkgerichte samenhang in de zorg

Wijkgerichte samenwerking tussen eerstelijnsgezondheidszorgdisciplines en samenhang in de zorg is beleid dat breed wordt gedragen zowel door de overheid als veldpartijen (LOVE, 2004). Het is een voorwaarde voor een goede samenwerking met andere wijkgericht werkende voorzieningen bijvoorbeeld op het gebied

van wonen en zorg, de Wmo en publieke gezondheid. Integrale bekostiging kan multidisciplinaire samenwerking op het niveau van specifieke ziektecategorieën stimuleren en zou hier in beginsel aan kunnen bijdragen. Er wordt echter ook gewezen op het risico dat bestaande samenwerking wordt doorkruist. Er zijn geen onderzoeken beschikbaar die het effect van integrale bekostiging op wijkgerichte samenhang in zorg hebben onderzocht. Er is een landelijke monitor van samenwerkingsverbanden, waarbij gekeken is in hoeverre huisartsenpraktijken samenwerken met andere disciplines in de zin van delen van de locatie, hebben van een samenwerkingscontract en gezamenlijk naar buiten treden.

Recente gegevens uit deze landelijke Monitor Samenwerkingsverbanden in de Eerste Lijn laat tussen 2009 en 2012 een stagnerende groei zien van het aantal samenwerkingsverbanden. De voornaamste groei in samenwerking lijkt al plaatsgevonden te hebben tussen 2007 en 2009 (Hansen et al, 2012). In hoeverre dit in verband staat met de integrale bekostiging is niet vast te stellen.

Effect op samenhang in de zorg voor de patiënt

Integrale bekostiging stuurt aan op samenhang in de zorg voor mensen met specifieke aandoeningen. In de inleiding werd al op de risico's gewezen van comorbiditeit en versnippering van patiëntendossiers. Kleinschalig categorie I onderzoek laat zien dat integrale bekostiging geen effect had op de zorg voor diabetespatiënten die niet onder de integraal bekostigde ketenzorg valt (Van Dijk & Korevaar, 2011). Verder liet dit onderzoek zien dat de ervaren integrale zorg niet minder is voor integraal bekostigde diabetespatiënten in 2010. Dit zou er op kunnen duiden dat patiënten met multimorbiditeit (de meerderheid van de diabetes) geen negatieve effecten ondervinden van het per aandoening gefinancierd zijn van de zorg (Van Dijk & Korevaar, 2011 – categorie III kleinschalig). Een ander landelijk onderzoek laat zien dat zorgverleners vooralsnog geen grote problemen zien en ervaren ten aanzien van de zorg aan diabetespatiënten die in meerdere zorgprogramma's participeren (Struijs et al, 2012b – categorie III). Bijna een derde van de zorggroepen voelt zich niet verantwoordelijk voor het leveren van geïntegreerde zorg. Zij gaven aan dat de hoofdbehandelaar (huisarts) verantwoordelijk is voor geïntegreerde zorg (De Jong-van Til et al, 2012 – categorie III).

Concluderend bieden deze onderzoeken (vooralsnog) geen aanwijzingen voor negatieve neveneffecten op de samenhang in de zorg voor de patiënt.

Administratieve last

De introductie van integrale bekostiging veroorzaakt administratieve last voor zowel zorgverzekeraars als aanbieders. Een belangrijk punt hierbij zijn de ICT-systemen. Als deze niet optimaal werken kan dit resulteren in een extra administratieve last of het suboptimaal werken van het systeem van transparantie. Daarom is het van belang daarop te blijven monitoren of deze transparantie tot stand komt. Uit de 2-meting onder zorggroepen blijkt dat 94% van de zorggroepen nog steeds knelpunten ondervindt op het gebied van de ICT (De Jong-van Til et al, 2012 – categorie II).

In algemene zin zullen de administratieve lasten zowel voor verzekeraar als aanbieder zijn toegenomen alleen al doordat naast de regelingen rond integrale bekostiging ook de oude vergoedings-regelingen nog worden gehanteerd.

Bovendien is duidelijk dat de wijze van vergoeding verschilt per verzekeraar wat een administratieve lastenverzwaring betekent voor aanbieders die daarmee te maken krijgen. Onderzoek naar administratieve lasten door integrale bekostiging is zeer beperkt, waarbij ook geen vergelijking is gemaakt met een controlegroep of met de periode voor invoering van integrale bekostiging. Resultaten uit het onderzoek geven slechts een indicatie over de administratieve lasten. Over het algemeen lijkt het proces van onderhandelen over contracten veel tijd in beslag te nemen voor zowel zorggroepen als zorgverzekeraars (De Jong-van Til et al, 2012 – categorie III; Van Dijk et al, 2010 – categorie V). Voor een deel zal het voorts onwennigheid zijn en voor een deel brengt de integrale bekostiging door de transparantie-eisen die eraan hangen (die vrij essentieel zijn voor het welslagen van het systeem) extra lasten met zich mee. Daarnaast vallen hoofdcontractanten van integrale bekostiging (waaronder zorggroepen) onder een strenger wetgevend kader zoals Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Cliënten en Kwaliteit van Zorg (WCKZ), waardoor hogere eisen worden gesteld die mogelijk tot meer administratieve lasten leiden. Daarentegen worden administratieve lasten verlaagd doordat afzonderlijke verrichtingen niet meer hoeven te worden gedeclareerd. Concluderend zijn er aanwijzingen voor verhoogde administratieve lasten als gevolg van de introductie van integrale bekostiging.

Toegankelijkheid voor de patiënt

In de inleiding is reeds onderscheid gemaakt tussen twee soorten toegankelijkheid: toegang tot zorgprogramma's en toegang tot individuele zorgverleners en zorggroepen (keuzevrijheid). Bevindingen uit 2010 laten zien dat van de diabetespatiënten in Nederland inmiddels een groot deel in zorgprogramma's is opgenomen

(Struijs et al, 2012a – categorie II). In hoeverre selectie optreedt is op dit moment nog niet (geheel) duidelijk. Voor wat betreft VRM en COPD is het nog vroeg om hier uitspraken te doen. Uit onderzoek onder de medische dossiers van 1.697 diabetespatiënten in zorg bij huisartsenpraktijken verspreid over Nederland (het betrof 14 huisartsenpraktijken die deelnemen aan het huisartsenregistratienetwerk LINH) bleek in de praktijk er slechts 10 waren die niet in de integrale bekostiging waren opgenomen (categorie III). Er lijkt dus nauwelijks sprake te zijn van uitsluiting van (complexe) patiënten (Van Dijk & Korevaar, 2011). Uit onderzoek van de adviesgroep ketenzorg kwam een groter aantal diabetespatiënten naar voren die niet binnen integrale bekostiging zijn opgenomen. Op basis van gegevens van 23 zorggroepen bleek gemiddeld 6,2% van de diabetespatiënten die de huisarts als hoofdbehandelaar heeft niet te zijn opgenomen in integrale bekostiging (Adviesgroep ketenzorg, 2012 – categorie III). Er komen lichte aanwijzingen uit kleinschalig onderzoek dat integrale bekostiging in stedelijke gebieden en met name achterstandswijken minder goed van de grond komt (Van Dijk & Korevaar, 2011 – categorie III). Reden zou kunnen zijn dat het hier om complexere patiënten gaat waarbij het lastiger is de targets te halen of die relatief veel zorg vragen en dus relatief duur zijn gegeven het niet naar zorgzwaarte gedifferentieerde keten-DBC tarief. Een andere reden kan gelegen zijn in de complexere gezondheidszorg in grote steden met bijvoorbeeld meerdere ziekenhuizen waardoor het lastiger is afspraken te maken.

Onderzoek naar eventuele beperkingen van keuzevrijheid binnen integrale bekostiging is schaars. Uit de 2-meting onder zorggroepen kwam naar voren dat er bij 59% van de zorggroepen geen andere zorggroep in het verzorgingsgebied aanwezig is, waardoor het voor patiënten in deze regio's nauwelijks mogelijk is om tussen zorggroepen te kiezen (De Jong-van Til et al, 2012).

Op dit moment kiezen patiënten waarschijnlijk eerder tussen individuele zorgverleners, met name huisartsen, dan tussen zorggroepen.

Maar naarmate zorggroepen zich meer als herkenbare organisatie (met specifieke wijze van zorgverlening) gaan manifesteren wordt keuzevrijheid tussen zorggroepen van groter belang, overigens zowel voor de patiënt als de huisarts. Uit vragenlijst-onderzoek onder zowel fysiotherapeuten als diëtisten kwam naar voren dat zij als nadeel van integrale bekostiging de beperkte keuzevrijheid en behandelmethode zagen (Tol et al, 2011; Janssen et al, 2012 – beiden categorie III). Daarnaast zijn er ook aanwijzingen dat diëtisten binnen integrale bekostiging minder toegankelijk zijn (Van Dijk & Korevaar, 2011 – categorie I kleinschalig).

Concluderend zijn er lichte aanwijzingen van een beperkte toegankelijkheid voor patiënten tot zorgprogramma's in achterstandswijken, maar worden geen aanwijzingen gevonden voor selectie van patiënten binnen zorggroepen. En kunnen nog geen conclusies getrokken worden over de keuzevrijheid van patiënten binnen integrale bekostiging.

Gevolgen voor de 'rest' van de zorg

Zoals in de inleiding al werd aangegeven, vergt de introductie van integrale bekostiging inspanningen van alle betrokken partijen. Het invoeren van drie zorgprogramma's voor chronisch zieken vergt een aanzienlijke inspanning van een huisartsenpraktijk. Aandacht voor het een kan ten koste gaan van aandacht voor andere aandoeningen, bijvoorbeeld tot uiting komen in een moeizamer toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk. Daarom wordt hierop gemonitord.

Bevindingen op basis van kleinschalig categorie I onderzoek over het jaar 2010 laten zien dat er geen of nauwelijks sprake is van een effect van integrale bekostiging op zorggebruik van niet integraal bekostigde zorg aan diabetespatiënten (Van Dijk & Korevaar, 2011). De aantallen contacten, verwijzingen en voorschriften van geneesmiddelen van niet integraal bekostigde zorg aan patiënten zijn niet meer of minder toegenomen dan voor wel integraal bekostigde zorg aan patiënten. Vooralsnog lijkt de 'rest' van de zorg niet te lijden onder de integrale bekostiging.

3.3 Conclusie

Op korte termijn wordt binnen integrale bekostiging een verhoging van de directe kosten binnen de gezondheidszorg waargenomen, die lijkt te worden verklaard door hoge (door)ontwikkelingskosten binnen integrale bekostiging. Door integrale bekostiging lijken meer diabetespatiënten in de eerste lijn te worden behandeld, maar worden de aldus bespaarde kosten gecompenseerd door andere zorg binnen ziekenhuizen. Een belangrijke conclusie hierbij is de grote verschillen tussen zorggroepen wat betreft directe kosten binnen de gezondheidszorg. Sommige zorggroepen presteren beter wat betreft de kosten dan anderen. De kwaliteit van geleverde zorg lijkt licht te verbeteren waarbij specifieke groepen patiënten, waaronder vooral de minder goed ingestelde diabetespatiënten, en de meer innovatieve zorggroepen betere uitkomsten sorteren. Negatieve neveneffecten van integrale bekostiging liggen voornamelijk in de hoge administratieve lasten. Andere potentiële negatieve neveneffecten worden vooralsnog niet of nauwelijks waargenomen.

4 Zijn de randvoorwaarden vervuld?

Om integrale bekostiging te laten slagen is het van belang dat er aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan. De beperkte positieve en deels negatieve effecten alsmede de sterke variatie daarin tussen zorggroepen kunnen er op wijzen dat niet (voor alle zorggroepen) in dezelfde mate aan alle randvoorwaarden is voldaan.

In de opdrachtbrief van de minister van VWS aan de EIB speelt de vraag in hoeverre aan de randvoorwaarden is voldaan een belangrijke rol (ministerie van VWS, 2010). De EIB gaat ervan uit dat het 'voldaan zijn aan de randvoorwaarden' impliceert dat het instrumentarium zodanig is uitgekristalliseerd dat verwacht kan worden dat de geplande hoofdeffecten (verbetering van de kwaliteit en reductie van de kosten) optreden en negatieve neveneffecten uitblijven.

In het Evaluatiekader (EIB, 2011) zijn de volgende randvoorwaarden beschreven als belangrijk om het beleid te doen slagen:

- Dat geplande zorgstandaarden, transparantieregels en daarop aangepaste ICT op nationaal niveau inderdaad tot stand komen;
- Dat inderdaad contracten worden afgesloten;
- Dat er voldoende (dreiging) van concurrentie is dat zorgverzekeraars gunstige contracten kunnen sluiten in termen van kwaliteit en/of prijs;
- Dat de beoogde zorgprocessen op gang komen (werken volgens zorgstandaarden en samenwerking tussen zorgverleners);
- Dat de patiënt wordt betrokken bij de zorg en meer zelfmanagement plaatsvindt;
- Dat de beoogde transparantie van de zorg voor zowel de patiënt als de verzekeraar in de praktijk wordt gerealiseerd.

De randvoorwaarden hebben voor een deel betrekking op het landelijke niveau. Hierbij spelen vragen zoals: zijn de regels voldoende uitgekristalliseerd en is de ICT landelijk gezien voldoende geregeld? Voor een deel gaat het ook om de invulling op lokaal/regionaal niveau: komen contracten tot stand, komt samenwerking op gang, worden zorgverleners betrokken?

Niet al het onderhavige onderzoek zal worden beschreven. Voor een overzicht van de onderzoeken wordt u verwezen naar het briefrapport van het RIVM (Lemmens et al, 2012). In dit hoofdstuk wordt het onderzoek niet onderverdeeld in categorieën zoals in hoofdstuk 2. De randvoorwaarden hebben voornamelijk betrekking op de huidige stand van zaken, waarbij een vergelijking met de situatie voor integrale bekostiging interessant is, maar niet noodzakelijk is voor de EIB om conclusies te trekken over het 'voldaan zijn aan de randvoorwaarden'. Het hier beschreven onderzoek zal voornamelijk betrekking hebben op landelijk representatief onderzoek. Indien er geen landelijk onderzoek beschikbaar is zullen de uitkomsten van regionaal onderzoek worden gepresenteerd. Resultaten van de stakeholdersbijeenkomsten uit de tweede rapportage van de EIB zijn in dit hoofdstuk verwerkt (EIB, 2012). Waar mogelijk is voor de uitkomsten uit de stakeholdersbijeenkomsten bevestiging gezocht uit ander onderzoek.

4.1 Zorgstandaarden, regels en ICT

Voor de integraal bekostigde aandoeningen zijn zorgstandaarden beschikbaar. Bij het begin van de landelijke introductie van integrale bekostiging waren deze beschikbaar voor type 2 diabetes en voor VRM. Sinds juni 2010 is er ook een zorgstandaard voorhanden voor COPD, waarna integrale bekostiging vanaf 1 juli 2010 ook voor deze aandoening landelijk mogelijk werd gemaakt. Sindsdien is ook de zorgstandaard voor obesitas in november 2010 tot stand gekomen. Ondanks het tot stand komen van de zorgstandaard geeft het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) aan dat alvorens de zorgstandaard obesitas landelijk gereed is voor implementatie er in de komende jaren nog delen aangevuld dienen te worden, zoals de kwaliteitsindicatoren (PON, 2010). Ook zijn zorgstandaarden in ontwikkeling voor onder andere astma, depressie, artrose, dementie, astma, Cerebro Vasculair Accident (CVA), kanker, bijnierziekten en stofwisselingsaandoeningen (Coördinatieplatform zorgstandaarden, 2012). Naast de zorgstandaarden voor specifieke aandoeningen worden ook generieke zorgmodules ontwikkeld. De generieke modules beschrijven vanuit het patiëntperspectief de zorg die voor meer dan één chronische aandoening relevant is. Te denken valt daarbij aan een zorgmodule stoppen met roken en voeding. Voor de landelijke introductie van integrale bekostiging was alleen de zorgmodule stoppen met roken beschikbaar. Na tweeënhalf jaar is geen nieuwe zorgmodule tot stand gekomen. Wel zijn de zorgmodule voeding en palliatieve zorg in ontwikkeling.

Het proces van ontwikkeling van zorgstandaarden en zorgmodules verloopt traag.

Na bijna tweeënhalf jaar integrale bekostiging zijn alleen de zorgstandaard voor COPD en obesitas tot stand gekomen. Uit onderzoek komt naar voren dat de verbinding tussen zorgstandaard en integrale bekostiging wellicht een belemmerende factor is voor de totstandkoming van zorgstandaarden. Het Coördinatieplatform zorgstandaarden geeft in een rapportage over zorgstandaarden en zorgmodules aan dat de ontwikkeling van integrale bekostiging een waardevrije inhoudelijke discussie rondom de zorgstandaard hartfalen bemoeilijkt (Coördinatieplatform zorgstandaarden, 2011). Bij het opstellen van zorgstandaarden spelen op de achtergrond ook domeindiscussies tussen disciplines. Ook Lemmens et al. (2012) vragen zich af in hoeverre de rol van de zorgstandaard over de inhoud en organisatie van zorg enerzijds en in de onderhandelingen met zorgverzekeraars anderzijds verenigbaar zijn. De oprichting van het Kwaliteitsinstituut, dat de wettelijke bevoegdheid krijgt tot het initiëren van standaarden, kan mogelijk een versnelling hiervan teweeg brengen.

De zorg die aangeboden dient te worden binnen integrale bekostiging dient te zijn afgeleid uit de zorgstandaarden. In de praktijk wordt de zorgstandaard door zorggroepen gebruikt bij het opstellen van het protocol en het contracteren van de diabeteszorg. Voor de landelijke introductie van integrale bekostiging voor diabetes werd door zorggroepen aangegeven dat zij controles en zorgactiviteiten zoals beschreven in de zorgstandaarden grotendeels opnemen in de zorgprogramma's (Lemmens et al, 2012). Uit onderzoek blijkt de gecontracteerde zorginhoud binnen integrale bekostiging voor diabetes type 2 in 2010, met uitzondering van voetzorg en begeleiding met stoppen met roken, grotendeels overeen te komen met de zorgstandaard (Struijs et al, 2012b). Oorspronkelijke verschillen in de zorginhoud tussen contracten rondom diabeteszorg zijn tussen 2007 en 2010 afgenomen, wat waarschijnlijk door opgebouwde ervaringen van zorggroepen en zorgverzekeraars kan worden verklaard.

Binnen integrale bekostiging wordt momenteel slechts een klein deel van de zorg ingesloten die is beschreven in de zorgstandaard.

De tarieven voor de diabetes keten-DBC (ongeveer gemiddeld € 400 in 2011) wijken echter sterk af van de totale directe zorgkosten binnen de gezondheidszorg voor diabetespatiënten (ongeveer € 4.800 in 2009), wat wijst op een beperkt integraal karakter van zorg waar niet alle zorg via integrale bekostiging wordt bekostigd

(Struijs et al., 2012b; Stuijs et al, 2012a). Kosten voor onder andere preventie, farmacie, diagnostiek en de tweede lijn worden vooralsnog niet of nauwelijks binnen integrale bekostiging ingesloten. De inclusie van diagnostiek en farmacie is nog niet wettelijk geregeld, maar deze kosten kunnen volgens advies van de NZa aan de minister van VWS echter wel opgenomen worden in de integrale bekostiging (NZa, 2010). Meer dan de helft van de apothekers gaf al in 2010 aan bezig te zijn met voorstellen tot deelname aan integrale bekostiging, wat wijst op bereidheid in het veld voor verbreding van integrale bekostiging.

Zorggroepen zijn grotendeels tevreden over de zorgstandaard diabetes, terwijl zorgprofessionals over het algemeen matig positief staan ten opzichte van de zorgstandaard (Lemmens et al, 2012; Raaijmakers et al, 2011). Vooralsnog lijken de standaarden/richtlijnen vanuit de beroepsgroep meer als norm voor goede diabeteszorg beschouwd dan de zorgstandaard (Raaijmakers et al, 2011).

In de praktijk werd in 2010 nog niet altijd volgens de zorgstandaard gewerkt. Jaarlijkse controles en bijbehorende onderzoeken voor diabetespatiënten werden grotendeels conform de zorgstandaarden gedaan, maar het opstellen van een individueel zorgplan en samenwerking tussen de lijnen was nog onvoldoende geregeld.

(Raaijmakers et al, 2011)

Ook als het gaat om VRM was er in 2010 nog grote vooruitgang te boeken wat betreft het volgen van richtlijnen (Van Boheemen et al, 2010; Vervloet et al, 2010). Uit onderzoek na 3 jaar introductie van integrale bekostiging worden verbeteringen waargenomen in het volgen van de zorgstandaard voor diabetes (Struijs et al, 2012b). Ook onderzoek van individuele zorggroepen laten verbeteringen zien wat betreft het zorgproces (Het Huisartsenteam, 2012; Smeele et al, 2012). In hoeverre deze resultaten van zorggroepen representatief zijn voor de Nederlandse situatie is onbekend.

Er treden bij het toepassen van zorgstandaarden voor bekostiging in de praktijk ook problemen op. Een voorbeeld hiervan betreft de discrepantie tussen de zorgstandaarden en het verzekerde pakket.

Dit levert onduidelijkheden op bij zowel verzekeraars als patiënten. De term integrale bekostiging wekt de indruk dat alle kosten voor chronische zorg gedekt zijn.

Dat geldt echter niet voor het beweegadvies door fysiotherapeuten aan mensen met obesitas en de module stoppen met roken die te beschouwen is als een schakel tussen de verschillende ziektespecifieke standaarden. Uit landelijk representatief onderzoek onder fysiotherapeuten blijkt 20% van hen zorg te verlenen in het kader van keten-DBC's, maar dat slechts in 18% van die gevallen de financiering via de integrale bekostiging loopt (Jansen et al, 2012). In veel gevallen wordt het dan rechtstreeks vergoed door de verzekeraar indien de patiënt tenminste aanvullend verzekerd is. Een deel van de bevolking is dat niet en bijvoorbeeld ouderen zijn daarin oververtegenwoordigd (voor fysiotherapie was in 2007 62% aanvullend verzekerd, De Jong et al, 2008). Dit zou kunnen leiden tot toegangsproblemen voor deze groep voor onderdelen van de zorgstandaarden. Bij de onlangs gerealiseerde verwijdering van dieetadvisering uit het verzekerde pakket zijn de integraal bekostigde aandoeningen overigens uitgezonderd.

Problemen worden tevens geconstateerd in de regelgeving ten aanzien van integrale bekostiging op het terrein van transparantie, met name rond de implementatie van Minimale Datasets.

Er is nog onvoldoende draagvlak voor, zeker bij COPD en Vasculair Risico Management (VRM). Ook de ten behoeve van de Minimale Datasets te registreren gegevens waren nog niet ingebouwd in de ICT-systemen (Adviesgroep ketenzorg, 2012). De NZa heeft daarom besloten om de Minimale Datasets in 2010–2012 niet uit te vragen, maar alleen de registratieverplichting ten aanzien van het vastleggen van de benodigde gegevens te verlengen (NZa, 2012). Uit onderzoek van de Adviesgroep ketenzorg blijkt dat door verschillen in onderliggende registraties verschillen tussen zorggroepen moeilijk zijn te interpreteren (Adviesgroep Ketenzorg, 2012).

In brede zin werden afgelopen jaren ICT-problemen gerapporteerd, zowel op het terrein van het vastleggen van informatie (zowel in ketensystemen als in mono-disciplinaire systemen) als het extraheren van managementinformatie (Adviesgroep ketenzorg, 2012; De Jong-van Til et al, 2012). Die problemen zijn nog steeds niet opgelost, maar er zijn wel vorderingen te melden. Zo komen er steeds meer koppelingen tussen de systemen van de huisartsen (de HIS-en) en de ketensystemen (de KIS-en). Voor de KIS-en Portavita en Vitalhealth zijn de koppelingen met (vrijwel) alle HIS-en gerealiseerd. Of dat altijd goed werkt, is de vraag en mede afhankelijk van de instellingen in de individuele praktijken. Een aantal HIS- en KIS-leveranciers werkt in het kader van het zogenaamde HIS-KIS-convenant aan verdere standaardisering van de uitwisseling. Ook zijn er steeds meer initiatieven om zorggroepen te assisteren bij het genereren van informatie uit HIS en/of KIS (bijvoor-

beeld het initiatief van regionale datacentra en www.nivel.nl/mijnpraktijk) en wordt gewerkt aan standaardisering.

4.2 Contractering

In de overgangsperiode 2010 tot en met 2012 kunnen zorgverleners en zorgverzekeraars zelf bepalen of zij de (keten)zorg voor diabetes type 2, COPD en VRM via integrale bekostiging willen contracteren of dat zij dit via reguliere tarieven eventueel met een koptarief willen bekostigen.

Van de in de beleidsmaatregel integrale bekostiging opgenomen aandoeningen wordt alleen diabetes op grote schaal gecontracteerd. COPD wordt door de helft van de zorggroepen gecontracteerd en VRM wordt nog veel minder gecontracteerd.

(De Jong-van Til et al, 2012; Struijs et al, 2012a)

Hierbij spelen verschillen in beleid tussen verzekeraars met aan het ene uiterste een verzekeraar, die alle drie de aandoeningen contracteerde, en aan de andere kant een verzekeraar, die alleen diabetes volgens integrale bekostiging financierde (EIB, 2012). Dit leidt tot problemen in regio's waar de dominante verzekeraar volgens integrale bekostiging contracteert en andere verzekeraars niet volgen (De Jong-van Til et al, 2012; Struijs et al, 2012b). In de huidige beleidsregel integrale bekostiging staat dat er een contract moet zijn tussen de zorggroep en de zorgverzekeraar om te mogen declareren. De zorggroep komt daarbij voor de keuze te staan om patiënten waarvoor geen contract is al dan niet het zorgprogramma aan te bieden. Vaak willen de onderaannemers de patiënt niet weren en mogen zij de behandelrelatie niet verbreken in het kader van de WGBO. De zorggroep krijgt echter geen integrale vergoeding waardoor de verre zorgverzekeraars de facto 'free riders' worden ten opzichte van de preferente zorgverzekeraars.

Op basis van enquêteonderzoek door de Adviesgroep Ketenzorg rond de contractering bleek dat de contractering traag verliep in de zin dat in mei 2011 een flink aantal contracten voor het lopende jaar nog niet waren afgesloten (Adviesgroep ketenzorg, 2011). Dat betekent dat zorggroepen voor de keus stonden de zorgprogramma's op te schorten of door te financieren. Bijna alle zorggroepen meldden knelpunten in de onderhandeling. Meer dan de helft rapporteerde dat verre zorgverzekeraars niet volgden, andere problemen hadden met de onderhandeling

zelf te maken waarin weinig onderhandelingsruimte was aan de kant van de zorgverzekeraar en discontinuïteit en onervarenheid aan de kant van de zorggroep (De Jong- van Til et al, 2012).

Ook worden verschillen in professionaliteit tussen zorggroepen gerapporteerd wat de inkoop van zorg met een uniforme, goede kwaliteit bemoeilijkt (Schellevis, 2012).

Op basis van het bovenstaande wordt geconcludeerd dat de contractering van COPD en VRM meer op gang is gekomen, maar dat de problemen nog lang niet voorbij zijn. Voor een deel is sprake van overgangsproblemen (zowel voor verzekeraars als zorggroepen is het allemaal nieuw, professionaliteit moet worden opgebouwd).

4.3 ‘Werkt’ de markt?

De vraag in hoeverre de markt ‘werkt’ in de zin dat gunstige contracten kunnen worden afgesloten in termen van prijs en kwaliteit kan nog niet worden beantwoord. De ervaring van zorggroepen en zorgverzekeraars met het contracteren van integrale bekostiging en inzetten van eventuele middelen, zoals selectief contracteren en benchmarking, is nog te gering om hier harde uitspraken over te doen. Tevens is er nog nauwelijks onderzoek bekend over de effecten van concurrentie op de kwaliteit van zorg.

Wat betreft de tarieven werd in de experimenten met keten-DBC's al duidelijk dat er sprake was van aanzienlijke prijsverschillen die niet door verschillen in wat wordt geleverd werden verklaard (Elissen et al, 2011; Struijs et al, 2009). In de evaluatie na drie jaar introductie van integrale bekostiging lijken deze verschillen tussen de zorggroepen afgenomen te zijn (Struijs et al, 2012). Een analyse van contracten uit 2008–2010 laat iets hogere prijzen zien in regio's waar minder zorggroepen zijn en mogelijk dus minder sprake is van concurrentiedruk. In dit onderzoek werd echter geen rekening gehouden met de zorgzwaarte van de populatie (Venema et al, 2010). Een ander onderzoek vindt aanwijzingen voor betere patiëntuitkomsten binnen zorggroepen met een hogere prijs voor integrale bekostiging (Elissen et al, 2011). De waargenomen concurrentie door integrale bekostiging lijkt ook een positief effect te hebben op de kwaliteit van de fundusfoto. Regionaal onderzoek laat zien dat na invoering van integrale bekostiging laboratoria onder druk worden gezet om te voldoen aan de eisen van zorggroepen. De druk vanuit zorggroepen had geen

invloed op de prijs van een fundusfoto, doordat zorggroepen een prijs ontvingen van de zorgverzekeraar per fundusfoto (Besters, 2011).

Over het algemeen lijkt de concurrentiedruk tussen zorggroepen nog erg gering te zijn. Landelijke enquêteonderzoek bij zorggroepen laat zien dat bij 59% van de zorggroepen geen andere zorggroep in het verzorgingsgebied aanwezig is en dat er ook weinig verloop van huisartsen is binnen de zorggroepen (De Jong-van Til et al, 2012).

De NZa geeft aan dat het hebben van een hoog marktaandeel van zorggroepen op zichzelf geen probleem hoeft te zijn indien deze worden gecompenseerd door andere factoren. Hierbij valt te denken aan de directe invloed die patiënten en zorgverzekeraars kunnen hebben door over te stappen, ofwel indirecte invloed door aanbieders met elkaar te 'benchmarken' (NZa, 2010).

Bij subcontractanten bestaan zorgen over de marktmacht van de door huisartsen gedomineerde zorggroepen.

Klachten over of signalen van subcontractanten over machtsmisbruik kunnen worden ingediend via meldpunten, de NMa, de NZa en bij koepelorganisaties. Bij de NZa zijn er in de afgelopen jaren geen signalen binnengekomen over misstanden bij de inkoop van ketenzorg (NZa, 2012). In verscheidene onderzoeken onder zorgverleners komt de ervaren sterke onderhandelingspositie van de zorggroep aan de orde (Struijs et al, 2009; Tol et al, 2011; Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten, 2012). Deze ervaren sterke onderhandelingspositie lijkt nog niet tot uiting te komen in bijvoorbeeld lagere prijzen voor diëtistische zorg (De Bakker et al, 2012; Tol et al., 2011). Wel lijkt er een verschuiving van zorg van de diëtist naar de POH-ers te hebben plaatsgevonden naar aanleiding van de invoering van integrale bekostiging (Van Dijk & Korevaar, 2011).

4.4 Samenwerking op gang gekomen?

Het aantal zorggroepen is al vooruitlopend op de landelijke invoering van integrale bekostiging sterk gegroeid tot ongeveer 100 zorggroepen in 2010. Na de landelijke invoering van integrale bekostiging zijn er nauwelijks meer nieuwe zorggroepen bijgekomen (De Jong-van Til et al, 2012). Er is sprake van een vrijwel landelijke dekking van zorggroepen: meer dan 80% van de huisartsen is aangesloten bij een zorggroep (NZa, 2012).

Daarmee is in korte tijd een enorme organisatieontwikkeling in de eerste lijn op gang gekomen. De nieuwe organisaties hebben ervoor gezorgd dat er aansprekbare organisaties kwamen op de kwaliteit van de totale diabeteszorg van de patiënt.

De facto zijn zij zorginstellingen en dienen derhalve te voldoen aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de WCKZ. In dat kader is door de IGZ onderzoek gedaan naar de vraag in hoeverre in zorggroepen volgens de Zorgstandaard voor diabetes wordt gewerkt (het rapport van de IGZ verschijnt in 2012).

De zorggroepen zijn in meerderheid eigendom van de deelnemende huisartsen. Andere disciplines zijn nog weinig in de aansturing betrokken (De Jong-van Til et al, 2012). Wat we wel zien is dat andere disciplines zich op hun beurt ook regionaal organiseren.

Landelijk onderzoek onder zorggroepen laat zien dat zorggroepen verschillen in aantal betrokken zorgdisciplines en de samenstelling van de disciplines.

Het aantal disciplines per zorggroep die betrokken zijn bij een zorgprogramma diabetes is vrijwel gelijk gebleven tussen 2010 en 2011. In 2011 lijken meer diëtisten betrokken te worden bij het zorgprogramma diabetes en minder doktersassistentes en diabetesverpleegkundigen ten opzichte van 2010 (De Jong-van Til et al, 2012). In de zorggroepen in 2011 werd de zorg geleverd door voornamelijk huisartsen (100% van de zorggroepen), POH-ers (95%), diëtisten (89%), internisten (69%) en diabetesverpleegkundige (68%). Binnen zorgprogramma's COPD worden de zorg binnen zorggroepen voornamelijk geleverd door huisartsen (100%), POH-ers (90%) en longartsen (65%). Voor zorgprogramma's VRM betreft dit voornamelijk huisartsen (100%), POH-ers (87%), diëtisten (73%) en de doktersassistent (67%) (De Jong-van Til et al, 2012).

In onderzoek onder een landelijke steekproef van diabetespatiënten blijkt dat er geen verschillen zijn tussen type 2 diabetespatiënten binnen en buiten integrale bekostiging wat betreft de beoordeling van de samenwerking en afstemming van zorg. Gemiddeld scoorden diabetespatiënten de zorg met samenwerking tussen zorgverleners en afstemming als matig tot positief (Van Dijk & Korevaar, 2011).

In zijn algemeenheid zijn er aanwijzingen dat een verschuiving van zorg plaatsvindt van de diëtist naar de POH.

Kleinschalig onderzoek laat zien dat het gebruik dat diabeten van de diëtist maken bij zorggroepen die integraal bekostigd werden afnam in vergelijking tot patiënten waarvoor de zorg niet integraal werd bekostigd (Van Dijk & Korevaar, 2011). Uit de evaluatie na drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg komen ook aanwijzingen naar voren van verschuivingen van zorg van de huisarts naar de POH, al hoewel deze trend ook al voor invoering van integrale bekostiging was ingezet. Ook lijkt het oogonderzoek steeds vaker te worden uitgevoerd door optometristen, huisartsenlaboratoria en graders in ziekenhuizen (Struijs et al, 2012b).

De geconstateerde verschuivingen van zorg hoeven op zich niet zorgwekkend te zijn. Het functioneel omschreven zijn van de zorgstandaard heeft immers als doel de zorg te kunnen schuiven naar goedkopere zorgverleners, mits de kwaliteit van zorg goed is. Een adequaat systeem van kwaliteitsindicatoren is essentieel om dit te kunnen beoordelen. Op de vraag in hoeverre dit systeem werkt, gaan we later in.

Op dit moment kunnen we hier concluderen dat over de kwalitatieve gevolgen van verschuiving van de zorg van de diëtist naar de POH nog niets bekend is. Dit is zorgwekkend.

4.5 De rol van de patiënt

De rol van de patiënt binnen integrale bekostiging is nog beperkt. Tweeënhalf jaar na de landelijke introductie zijn er echter nog geen klachten bekend over integrale bekostiging.

De indruk bestaat dat patiënten nog nauwelijks merken dat zij zijn opgenomen in een zorgprogramma dat op een andere manier wordt bekostigd dan voorheen.

(EIB, 2012)

Toch geven de meeste zorggroepen aan zichzelf bekend te maken onder de patiënten. Maar slechts een derde van de zorggroepen vraagt patiënten of zij willen participeren in een zorgprogramma. Daarnaast geeft een derde van de zorggroep aan

patiënten wel te vertellen dat zij in een zorgprogramma zitten, maar hen niet om toestemming te vragen (De Jong-van Til et al, 2012).

Patiëntenparticipatie bij de eigen behandeling in de vorm van zelfmanagement lijkt nog niet echt van de grond te komen, terwijl dit wel een belangrijk aspect vormt van de zorg aan mensen met chronische aandoeningen (Elissen et al, 2011; Struijs et al, 2012b). Ondersteuning van zelfmanagement wordt nog niet op een systematische manier binnen de diabeteszorg aangeboden. Zorgverleners geven aan dat het hen aan tijd en geld ontbreekt en dat de ICT-mogelijkheden te beperkt zijn om zelfmanagement op een goede manier te ondersteunen (Struijs et al, 2012b). Vrijwel alle zorggroepen geven aan dat zij betrokken zorgaanbieders ondersteunen bij het bevorderen van zelfmanagement bij patiënten, meestal in de vorm van scholing van de POH (De Jong-van Til et al, 2012). Er bleek geen verschil in uitgevoerde zelfmanagementtaken. De meerderheid van patiënten gaven overigens aan weinig behoefte te hebben aan (extra) hulp of ondersteuning bij zelfmanagementtaken (Van Dijk & Korevaar, 2011). Een recente overzichtsstudie concludeert dat zelfmanagement als integraal onderdeel van de zorg voor mensen met een chronische ziekte niet vanzelf tot stand komt. Zorgprofessionals zijn nog niet of nauwelijks opgeleid voor de coachende en ondersteunende rol die ondersteuning bij zelfmanagement vraagt. Ook verschillen patiënten in de mate waarin zij zelfmanagement kunnen en willen ontplooien en ontbreekt het aan methodieken voor zorgverleners om die verschillende groepen te identificeren. Het ontbreekt ook aan prikkels om aan zelfmanagement te doen (Ursum et al, 2011).

In landen als Duitsland en België krijgen chronisch zieken die deelnemen aan een diseasemanagement-programma korting op eigen bijdragen en moeten een contract ondertekenen waarin hun rechten en plichten zijn neergelegd.

Interessant is ook het Noorse voorbeeld waar al jaren met zorgplannen wordt gewerkt (Norwegian Directorate of Health, 2009).

4.6 Transparantie

Transparantie is een vitaal onderdeel van de maatregelen rond integrale bekostiging. Voor de betaler (de verzekeraar en dus ook de verzekerde) die alleen een integrale prijs betaalt per patiënt waar voorheen voor losse verrichtingen werd betaald, is inzicht in de kwaliteit van zorg die wordt geleverd belangrijk. Maar ook de ver-

schuivingen naar goedkopere vormen van zorg (zoals we dat zien van de diëtist naar de POH) roepen vragen ten aanzien van de kwaliteit ervan op.

De mate waarin transparantie op gang komt verschilt tussen zorggroepen. (Adviesgroep ketenzorg/LVG, 2012; Schellevis, 2012). Sommige zorggroepen kunnen gegevens over de geboden zorg leveren, andere zorggroepen ondervinden hierbij nog problemen. Een aantal jaar geleden was de transparantie een stuk minder goed geregeld (Stirbu-Wagner et al, 2012). De interpretatie van de geleverde cijfers lijkt niet gemakkelijk te zijn door technische problemen rond registratie en extractie, populatieverschillen en soms beperkte ervaring van de zorggroepen (Adviesgroep ketenzorg, 2012). De mate waarin de kwaliteitsborging met kwaliteitsdocumenten gegarandeerd is, zoals aanwezigheid van kwaliteitsfunctionaris en werken met kwaliteitssysteem, lijkt positief beïnvloed te worden door de mate van professionaliteit van een zorggroep (Schellevis, 2012). Toch duurt het bij een goed georganiseerde zorggroep een aantal jaren voordat registratie van voldoende niveau is (Smeele et al, 2012).

Zorgverzekeraars geven aan dat zij kwaliteitsafspraken maken over protocollair handelen, levering conform zorgstandaarden en verplichte bij- en/of nascholing. De afgesproken kwaliteitseisen worden gestuurd via benchmarking, overeenkomsten, evaluatie van indicatoren en/of gesprekken met medische adviseurs (NZa, 2012).

Concluderend, lijkt er een tijdsinvestering nodig te zijn om het ICT-systeem dat noodzakelijk is voor transparantie van een goed niveau te krijgen. De mate van transparantie lijkt te verschillen tussen zorggroepen, waarbij een aantal zorggroepen de transparantie voldoende hebben georganiseerd en kunnen rapporteren over proces- en uitkomsten van zorg (Smeele et al, 2012, Het Huisartsenteam, 2012).

4.7 Conclusie

Na tweeënhalf jaar ervaring met integrale bekostiging is er vooruitgang geboekt op een aantal randvoorwaarden, maar wordt er nog niet altijd aan de randvoorwaarden voldaan. Er heeft een aanzienlijke organisatieontwikkeling plaatsgehad in de zin dat vrijwel een landelijk dekkend netwerk van zorggroepen is ontstaan die aanspreekbaar zijn als het gaat om de coördinatie van de zorg voor mensen met diabetes en (in mindere mate) COPD. In hoeverre deze nieuwe zorginstellingen ook aan de daarbij horende wetgeving voldoen, is op dit moment niet duidelijk. Het proces van ontwikkelen van zorgstandaarden verloopt traag, waardoor uitbreiding naar andere aandoeningen nog niet mogelijk is. De contractering verloopt

voor diabetes en in mindere mate voor COPD goed, maar voor VRM komt dit nog nauwelijks van de grond. De gecontracteerde zorg in de integrale bekostiging is nog niet altijd integraal te noemen, doordat een groot deel van de zorg nog niet via integrale bekostiging wordt bekostigd en hier ook problemen worden waargenomen met het verzekerde pakket. De NZa heeft al aangegeven dat farmacie en diagnostiek in de integrale bekostiging kunnen worden opgenomen. Aandacht dient daarnaast te worden besteed aan preventie en zorg geleverd in de tweede lijn. Verder kunnen er nog geen uitspraken gedaan worden over de werking van de markt, maar zijn er diverse signalen van onderaannemers over onevenwichtige machtsposities en soms forse marges op de zorg binnen integrale bekostiging. Daarnaast lijkt de rol van de patiënt binnen integrale bekostiging nog niet goed te zijn ontwikkeld. Patiënten zijn niet altijd op de hoogte van deelname aan een zorgprogramma en zelfmanagement is nog onderontwikkeld. Er worden verbeteringen waargenomen wat betreft de transparantie, maar de mate van transparantie lijkt sterk te verschillen tussen zorggroepen. Kortom, op het gebied van randvoorwaarden is in de afgelopen jaren vooruitgang geboekt, maar met name de rol van de patiënt en transparantie verdienen sterke aandacht.

5 Advies

In dit onderdeel wordt antwoord gegeven op de kernvraag die de EIB heeft: is er afdoende aan de randvoorwaarden voldaan, en is het veld voldoende 'klaar' voor het vervallen van de overgangsregeling. Allereerst zal er een reflectie worden gegeven op de bevindingen uit de vorige hoofdstukken. Daarna zullen de overwegingen van de EIB worden beschreven op basis waarvan zij tot haar advies is gekomen. Vervolgens wordt het advies van de EIB gepresenteerd en zullen aanbevelingen per partij worden beschreven.

5.1 Reflectie op het onderzoek

We reflecteren op hoofdlijnen op het onderzoek dat ten grondslag ligt aan dit rapport.

In algemene zin is het belangrijk te constateren dat het onderzoek waarop we ons moeten baseren belangrijke beperkingen kent.

Voor wat betreft de effecten op kwaliteit en kosten zijn er slechts gegevens van één van de drie integraal bekostigde aandoeningen (diabetes), dat nog nauwelijks

betrekking heeft op de periode waarin integrale bekostiging is ingevoerd, maar op de experimentele periode die daaraan vooraf ging. Voor wat betreft randvoorwaarden en neveneffecten kunnen we ons ook op recentere onderzoeken baseren, toch is het nog vooral gericht op diabetes. Met dit in het achterhoofd reflecteren we op de bevindingen met betrekking tot kostenbesparing, kwaliteitsverbetering, neveneffecten en randvoorwaarden.

Reflectie op kostenbesparing

De bevindingen ten aanzien van de gerealiseerde kostenbesparing wijzen erop dat de beoogde besparingen vooralsnog zijn uitgebleven. Binnen integrale bekostiging is sprake van ruim 3% hogere kosten dan bij reguliere zorg (in 2009). Daarbij zij aangetekend dat er grote verschillen tussen zorggroepen in kosten, niet alleen in de prijs van de keten-DBC maar ook in de gegenereerde overige eerstelijnskosten en in de tweedelijnskosten. Voor een correcte interpretatie van deze bevindingen keren we terug naar de vraag waarop de veronderstelling was gebaseerd: de invoering van integrale bekostiging leidt tot kostenbesparing. Evident is dat de zo gewenste samenwerking en coördinatie leidt tot een toename van kosten in het eerste lijn management, ICT en ook tot daadwerkelijk meer zorg. Deze kosten worden nu vaak slechts ten behoeve van de zorg voor één aandoening gemaakt: type 2 diabetes. Verondersteld werd dat die toename van kosten in de eerste lijn beperkt werd door de marktwerking, waardoor verzekeraars zorg scherp inkopen bij zorggroepen en zorggroepen zorg scherp inkopen bij hun onderaannemers. Daarnaast werd verondersteld dat in de tweede lijn kosten zouden worden bespaard, doordat op korte termijn de behandeling van patiënten eerder zou worden overgedragen aan de eerste lijn en op langere termijn kosten als gevolg van complicaties zouden worden verminderd.

Met nadruk zij ook gesteld dat tot nu toe alleen de korte termijn-effecten zijn onderzocht. Aangezien een ziekte als diabetes mellitus pas op zeer lange termijn, vaak langer dan 10 jaar, tot ernstige complicaties leidt, zoals vaat- en zenuwschade in vele organen, hetgeen dure tweedele en derdelijns zorg genereert, is het binnen de onderzoekstermijn van de EIB niet mogelijk uitspraken te doen over kostenvergelijkingen op lange termijn gerelateerd aan integrale bekostiging.

Over het inkoopbeleid van zorgverzekeraars van de keten-DBC zelf is de EIB van mening dat dit scherper kan. Zeker in het begin is gecontracteerd in een situatie van grote onzekerheid over kosten en opbrengsten, wat in zijn algemeenheid tot

een hogere prijs leidt. We zien ook dat vaak standaardcontracten werden geboden terwijl er grote verschillen in prestatie zijn. Dat geldt ook voor het toezicht op dubbele bekostiging. De evidente verschillen tussen zorggroepen in dit opzicht zijn illustratief. Dit leidde ertoe dat zorggroepen in een aantal gevallen forse marges hadden. De stimulans om scherp in te kopen op de markt voor onderaannemers was daardoor ook niet erg sterk. Een deel van het probleem van dubbele bekostiging binnen integrale bekostiging is reeds opgelost, doordat in 2011 de module voor praktijkondersteuners is afgebouwd (De Wildt & Maes, 2010; NZa, 2010c). De opbouw van de infrastructuur van zorggroepen is grotendeels ten laste gekomen van één aandoening. Bij uitbreiding naar meer aandoeningen/zorgsoorten worden de overheadkosten uitgesmeerd en daardoor per patiënt lager.

Als we kijken naar substitutie, dan is de eerste belangrijke conclusie dat inderdaad een verschuiving van patiënten van de tweede naar de eerste lijn op gang is gekomen.

Het RIVM onderzoek op basis van declaratiegegevens van Vektis laat zien dat er minder diabetespatiënten in de tweede lijn worden behandeld bij integrale bekostiging vergeleken met regulier bekostigde zorgverlening (Struijs et al, 2012a). Dit wordt ook waargenomen in het Achmea-onderzoek (Achmea, 2011). In die zin is het beleid geslaagd. De kosten in de tweede lijn zijn echter niet gedaald. Dat die niet naar rato van het aantal patiënten zouden dalen mag geen verrassing heten omdat ervan kan worden uitgegaan dat de zwaardere en daardoor duurdere patiënten in de tweede lijn zijn gebleven. Dat de kosten in het geheel niet zijn gedaald en zelfs zijn gestegen is wel verrassend te noemen. We zien ook een grote mate van variatie tussen zorggroepen in de mate waarin kosten in de tweede lijn worden gegenereerd. Nog aanzienlijk grotere variatie is er tussen ziekenhuizen in kosten per diabeet. Factoren op het niveau van het ziekenhuis lijken van grotere invloed op de kosten dan het presteren van de eerste lijn. Het laat zien dat het voor verzekeraars kennelijk tot dusver te lastig is gebleken om winst die optreedt in een concreet zichtbare verschuiving te verzilveren. Hieraan ten grondslag ligt dat onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen zich richten op het totale pakket dat een ziekenhuis biedt, waar diabetes slechts een klein onderdeel van is.

Vanaf 2012 zijn er aanwijzingen dat zorgverzekeraars strakker inkopen in de tweede lijn, waardoor mogelijk in de toekomst verschuivingen van de tweede naar de eerste lijn kunnen resulteren in lagere zorgkosten.

(Smilde, 2012; Zorgvisie, 2012; CZ, 2012; Olsthoorn, 2011)

De EIB is van mening dat de grootste potentiële winst in kosten is te behalen door het verbinden van de eerste- en tweedelijnszorg. Opvallend is de grote invloed van comorbiditeit op de totale directe zorgkosten binnen de gezondheidszorg (Struijs et al, 2012a). Het grote aandeel van comorbiditeit bij type 2 diabetespatiënten op de zorgkosten pleit volgens de EIB, daarbij ondersteund door Amerikaans onderzoek (Cromwell et al, 2008), voor een patiëntgerichte aanpak in plaats van een ziekte gerelateerde aanpak.

Vergelijken we de bevindingen voor wat betreft bekostiging op basis van het koptarief met integrale bekostiging dan zien we hogere kosten per patiënt bij integrale bekostiging. Definitieve conclusies over de vergelijking van beide kunnen echter momenteel niet worden getrokken.

De extra potentie van integrale bekostiging ten opzichte van het koptarief is dat er één hoofdcontractant is die het geld ontvangt en verdeelt over de zorgverleners. De mogelijkheid om te sturen is daardoor sterker. De vraag is in hoeverre zorggroepen in de beginperiode van integrale bekostiging van die mogelijkheid gebruik maken. Zo komt het tot dusver nog niet of nauwelijks voor dat zorgverleners die onvoldoende presteren uit de zorggroep worden verwijderd. Anderzijds kan dit er ook op wijzen dat de zorggroepen er inderdaad in slagen de zorgverleners in een zorgverbeteringstraject te krijgen, waarbij met name ook inspanningen gericht worden op de achterblijvers.

Reflectie op kwaliteitsverbetering

Het onderzoek naar de experimenten met keten-DBC's voor diabetes laat zien dat er met name vooruitgang is geboekt op procesindicatoren. Onderzoeken worden steeds beter volgens richtlijnen uitgevoerd. Ook is er (geringe) vooruitgang in uitkomsten te bespeuren. Dit onderzoek heeft echter geen betrekking op de landelijke invoering, maar bij de experimentele invoering daaraan voorafgaand.

Belangrijk is te melden dat een start is gemaakt met landelijke monitoring op proces- en uitkomstindicatoren door de Adviesgroep Ketenzorg/LVG.

De eerste rapportage laat grote verschillen tussen zorggroepen zien die mogelijk ook deels te maken heeft met verschillen in registratie. Grote verschillen binnen zorggroepen kwamen ook naar voren uit de DISMEVAL-studie door Elissen et al (2011). Zij sluiten aan bij de hierboven reeds geconstateerde verschillen in kosten.

Effecten op het optreden van complicaties konden binnen de termijn waarop is gerapporteerd nog nauwelijks worden verwacht. Juist op dit terrein zou integrale bekostiging – via een bevordering van ketenzorg – zijn vruchten moeten afwerpen. Belangrijk ook te constateren is dat er geen generaliseerbaar onderzoek is naar de effecten van bekostiging op basis van het koptarief op kwaliteit.

Reflectie op neveneffecten

Er is breed gekeken naar mogelijke neveneffecten.

In algemene zin zijn er geen dramatische neveneffecten opgetreden, zowel niet in positieve als niet in negatieve zin.

Vooraf werd gewaarschuwd dat in de ziektegerichte financiering het risico bestond dat onvoldoende rekening wordt gehouden met comorbiditeit. Dat risico is er nog steeds, maar concrete negatieve gevolgen daarvan heeft de EIB niet kunnen vinden. We constateerden alleen dat het onvoldoende rekening houden met comorbiditeit mogelijk een verklaring vormt voor het in eerste instantie uitblijven van kostenbesparingen. Datzelfde geldt voor de risico's ten aanzien van risicoselectie. Er zijn geen aanwijzingen van uitsluiting van moeilijke patiënten.

Op het terrein van de randvoorwaarden is nog veel werk te verzetten.

Reflectie op randvoorwaarden

Het gebruik van zorgstandaarden als onderlegger voor integrale bekostiging geeft nog op diverse aspecten problemen. Het niet tot stand komen van zorgstandaarden voor andere aandoeningen staat een verdere uitrol van integrale bekostiging naar andere aandoeningen (zo dit gewenst is) in de weg. Verder constateerden we de discrepanties tussen zorgstandaarden en verzekerd pakket en tussen zorgstandaarden en wat nu in de integrale bekostiging wordt gecontracteerd. Integrale bekostiging is in feite verre van integraal, ruim 8% van de zorgkosten van diabetespatiënten valt onder de integrale bekostiging.

Werk valt er ook nog te doen op het terrein van de ICT. Wij deden dit in de tussenrapportages af als kinderziektes, maar zij zijn vooralsnog nog steeds niet opgelost. Met transparantie op indicatoren is voor diabetes een goede start gemaakt, maar er is nog veel werk te doen in verbetering van de registratie en berekening van indicatoren zodat zij werkelijk onderling vergelijkbaar zijn. Voor COPD en VRM staan we op dat punt nog aan het begin. Ook kunnen we constateren dat de markt nog

niet 'werkt' in de zin dat scherp wordt ingekocht op prijs en kwaliteit, dit blijkt ook uit de kostenanalyse. Dit geldt zowel op de markt voor hoofdcontractanten als die voor onderaannemers. Er zijn diverse signalen van onderaannemers over onevenwichtige machtposities en soms forse marges op de zorg binnen integrale bekostiging. Waakzaamheid ten aanzien van het optreden van aanmerkelijke marktmacht is daarom geboden.

De gedachte was dat door overheveling van tweedelijns-DBC's naar het B-segment zorgverzekeraars zouden worden geprikkeld om de substitutiewinst door verschuiving van patiënten van de tweede naar de eerste lijn te gaan verzilveren. Geconstateerd kan worden dat dit er niet toe heeft geleid dat de directe kosten in de tweede lijn lager zijn geworden. Onduidelijk is in hoeverre verzekeraars hier daadwerkelijk op hebben gestuurd. Opgemerkt dient te worden dat onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen doorgaans over het hele pakket gaan en diabetes-DBC's zijn daar slechts een klein onderdeel in. Een belemmerende factor zal ook zijn dat gegevens over tweedelijnskosten pas zeer laat beschikbaar komen, wat mogelijke sturing daarop lastig maakt.

Last but not least moet worden geconstateerd dat de positie van de patiënt onderbelicht is. Individuele zorgplannen en ondersteuning bij zelfmanagement komen nog weinig van de grond.

Sterker nog, patiënten zijn zich nauwelijks bewust dat zij deel uitmaken van een zorgprogramma dat integraal wordt bekostigd. In het chronic care model, dat wordt gebruikt in de zorgstandaarden, is een belangrijke rol toegekend aan die zorgplannen en zelfmanagement en de 'productieve interacties' daaromheen vanwege het veronderstelde effect op kwaliteit en kosten. Belangrijk is hierbij te vermelden dat de aandacht voor zelfmanagement iets is van de laatste jaren. Zo ligt in de Zorgstandaard voor diabetes het accent nog veel meer op het volgens protocol uitvoeren van een zorgprogramma en kwam bij de later verschenen zorgstandaarden voor VRM en COPD zelfmanagement meer voorop te staan. Het ondersteunen van zelfmanagement door professionals vergt een cultuuromslag in de richting van een meer coachende houding die niet met een enkele cursus is te realiseren. Het vergt ook een cultuuromslag bij patiënten die gewend zijn dat de zorgverlener zegt wat er moet gebeuren (Ursum et al, 2011).

5.2 Overwegingen

De commissie heeft haar advies geformuleerd vanuit de volgende overwegingen:

- Het finale oordeel over de vraag of integrale bekostiging leidt tot goedkopere of duurdere zorg kan op dit moment nog niet worden gegeven omdat de beschikbare gegevens alleen nog betrekking hebben op de experimentperiode (tot en met 2009) voorafgaand aan landelijke invoering van integrale bekostiging (vanaf 2010) en dan nog alleen voor diabetes (en niet voor COPD en Vasculair risicomanagement);
- De wel beschikbare gegevens wijzen erop dat integrale bekostiging heeft bijgedragen aan een aanwijsbare substitutie van tweede naar eerstelijnszorg, maar zonder dat deze heeft geleid tot kostendaling in de tweede lijn;
- Zij wijzen er ook op dat de kosten van integrale bekostiging op korte termijn hoger liggen dan de kosten van het verrichtingssysteem (al dan niet met koptarief) en op een grote variatie in kosten van zorg voor diabetespatiënten tussen huisartsenpraktijken, tussen zorggroepen en tussen ziekenhuizen;
- Integrale bekostiging heeft geleid tot kwaliteitsverbetering in de zin dat beter volgens protocollen wordt gewerkt en dat lichte verbetering in uitkomsten van zorg zijn geboekt;
- Integrale bekostiging is nog verre van integraal: slechts 8% van de totale zorgkosten van diabetespatiënten wordt gedekt door integrale bekostiging. Co- en multimorbiditeit zijn niet in de financiering opgenomen. Bovendien begint de bekostiging pas als iemand patiënt is, daarbij voorbij gaand aan de mogelijkheid om de aandoening te voorkomen (preventie);
- Met de introductie van zorggroepen is organisatieontwikkeling in de eerste lijn van de grond gekomen wat een relatief dure infrastructuur is als die tot een enkele aandoening beperkt zal blijven, maar een groot potentieel in organisatiekracht heeft waar de komende jaren verder op kan worden doorgebouwd;

- Er is nog veel verbeterpotentieel gezien de grote verschillen tussen en binnen zorggroepen in kwaliteit en kosten;
- Er is ook verbeterpotentieel in de zorginkoop van verzekeraars en het toezicht op de naleving van contracten zowel ten aanzien van de eerste als de tweede lijn;
- De patiënten zijn onvoldoende betrokken is bij de integraal bekostigde zorg, zowel op collectief niveau in de participatie in zorggroepen als op individueel niveau in de totstandkoming van een individueel zorgplan; ook het stimuleren van zelfmanagement is nog onvoldoende van de grond gekomen;
- Grote problemen ten aanzien van risicoselectie en misbruik van aanmerkelijke marktmacht zijn er niet geconstateerd, maar er zijn wel signalen die aangeven dat waakzaamheid geboden is;
- De transparantie van de zorg is nog onvoldoende tot stand gekomen.
- Resumerend kan gesteld worden dat er veel is bereikt, maar ook dat integrale bekostiging van chronische aandoeningen nog in hoge mate ‘werk in uitvoering’ is.

5.3 Advies

De EIB adviseert om de overgangsregeling waarbij naast integrale bekostiging ook andere vormen van bekostiging van de chronische zorg (zoals het koptarief) mogelijk zijn te laten voortbestaan. Uit de ervaringen na tweeënhalp jaar integrale bekostiging blijkt dat er een grote differentiatie bestaat tussen zorggroepen. Sommige zorggroepen hebben de randvoorwaarden voor integrale bekostiging al bijna volledig doorgevoerd en boeken goede resultaten, terwijl andere zorggroepen nog in het beginstadium verkeren. Ook binnen zorggroepen blijken er grote verschillen te bestaan tussen de zorgverleners. Een deel van de beoogde effecten van integrale bekostiging is echter nog niet bereikt. Op basis van dit gedifferentieerde beeld in de uitvoering van integrale bekostiging is de EIB van mening dat de tijd is aangebroken dat de integrale bekostiging niet meer vrijblijvend is (‘speelkwartier is voorbij’). In de overgangsjaren is aan alle partijen (financiële) ruimte gegeven om uitwerking te geven aan integrale bekostiging. De tijd breekt nu aan om strakker te sturen op het presteren van zorggroepen, zodat integrale bekostiging niet alleen een nieuwe declaratietitel is. Strakker dient te worden gestuurd door verzekeraars

in hun inkoopbeleid en door zorggroepen in de aansturing van aangesloten zorgverleners. En partijen belonen naar werk. Alle partijen moeten op hun verantwoordelijkheden worden gewezen binnen integrale bekostiging. Zorgverzekeraars moeten de rol als inkoper van zorg meer op zich nemen en gaan selecteren op de kwaliteit van de geleverde zorg, patiënten moeten meer verantwoordelijk worden gemaakt voor de zorg en de vrijblijvendheid van zorggroepen om te experimenteren is over.

Tabel 1 Continuüm van vormen van bekostiging zorg

	Financiering	Contracten	Kwaliteitsborging	Transparantie	Rol patiënt
A. Losse verrichtingen	Per discipline, per verrichting	Zorgverlener met verzekeraar	Monodisciplinaire kwaliteitssystemen	Per verrichting	Coördineert zelf
B. Losse verrichtingen en koptarif	Per discipline, per verrichting + opslag voor coördinatie	Zorgverleners met verzekeraar, samenwerkingscontract tussen zorgverleners	Monodisciplinaire kwaliteitssystemen	Per verrichting	Afhankelijk van wat is afgesproken
C. Integrale bekostiging, één aandoening	Per patiënt met aandoening	Hoofdcontractant met verzekeraar, hoofdcontractant met subcontractant	Multidisciplinaire kwaliteitssystemen	Per patiënt op indicatoren	Ziektegebaseerd zorgplan, inclusief zelfmanagement
D. Integrale bekostiging, meerdere aandoeningen	Per patiënt met (meerdere) aandoeningen	Hoofdcontractant met verzekeraar, hoofdcontractant met subcontractant	Multidisciplinaire kwaliteitssystemen	Per patiënt op indicatoren	Ziekteoverstijgend zorgplan, inclusief zelfmanagement
E. Populatiegerichte bekostiging	Per patiënt	Hoofdcontractant met verzekeraar, hoofdcontractant met subcontractant	Multidisciplinaire kwaliteitssystemen	Per patiënt op indicatoren	Patiëntgericht zorgplan, inclusief zelfmanagement en preventie

EIB is van mening dat in het systeem van integrale bekostiging een aantal weef-fouten zitten. Integrale bekostiging is nu gericht op slechts één aandoening terwijl veel patiënten (in het geval van diabetes 60%, Van Dijk et al, 2011b) te maken hebben met multimorbiditeit, en daarnaast is niet alle eerste- en tweedelijnszorg ingesloten. Het is bovendien een relatief dure infrastructuur voor slechts een enkele aandoening, die ook nog eens niet past bij het generalistische karakter van de eerste lijn. De EIB ziet daarom integrale bekostiging meer als een tussenstap naar een meer geïntegreerde aanpak van zorg. De commissie ziet een continuüm voor zich naar steeds geïntegreerder vormen van financiering, waarbij steeds voorwaarden worden gesteld aan het overgaan naar een hoger niveau (zie Tabel 1). Het laagste niveau is financiering per verrichting. Op het tweede niveau wordt de samenwerking gefinancierd uit een koptarif, maar blijven de individuele zorgver-

leners verantwoordelijk voor de zorg. Een onderling contract tussen de zorgaanbieders regelt de onderlinge verhoudingen. Integrale bekostiging is het derde niveau. Het essentiële verschil met het koptarief is dat nu de zorggroep als hoofdaannemer verantwoordelijk is voor de verleende zorg. De zorggroep is daarmee een zorginstelling die dient te voldoen aan eisen zoals regulier aan zorginstellingen worden gesteld: een goede regeling van de governance, beleid ten aanzien van omgang met onderaannemers en het hebben van een functionerend kwaliteitssysteem bijvoorbeeld. Als de zorggroep aan de eisen van integrale bekostiging voldoet kan worden besloten verder uit te breiden door het toevoegen van aandoeningen en of zorgsoorten. Daarmee moet de zorggroep dan helder kunnen maken ook een ziekte-overstijgende aanpak aan te kunnen. Populatiegerichte bekostiging staat aan de top van deze hiërarchie. De aanpak moet dan gericht zijn op de patiënt als geheel en daardoor bijvoorbeeld ook gericht zijn op preventie voorafgaand aan het hebben van een aandoening.

De weg die richting meer populatiegerichte bekostiging dient te worden bewandeld wordt opengelaten aan de veldpartijen, omdat er in sommige zorggroepen mogelijk sneller van integrale bekostiging van diabetes overgestapt kan worden naar populatiegerichte bekostiging, maar voor andere zorggroepen tussenstappen nodig zijn. Dit proces zal niet binnen 2–3 jaar tot stand komen, maar vergt een lange tijd waarin op incrementele wijze voor goed functionerende zorggroepen meer vormen van zorg in de contracten voor integrale bekostiging worden opgenomen.

Specifiek voor integrale bekostiging betekent dit dat zorggroepen die niet aan bepaalde randvoorwaarden voldoen daarvan worden uitgesloten. Terwijl zorggroepen die wél aan de randvoorwaarden voldoen en resultaten kunnen laten zien op de kwaliteit en kosten van zorg meer mogelijkheden krijgen op de zorg binnen de keten uit te breiden of meer aandoeningen kunnen gaan includeren binnen integrale bekostiging. Het einddoel is te komen tot populatiegerichte bekostiging. De zorg is dan integraal op het niveau van de patiënt en blijft dus niet beperkt tot eerstelijnszorg en geïndiceerde preventie, maar omvat ook (primair) preventieve zorg en relevante delen van de tweedelijnszorg.

Om tot een evenwichtige situatie te komen van het contracteren van integrale bekostiging is meer beweging nodig in de markt van zorggroepen. Door strakker te controleren op de randvoorwaarden, ICT, transparantie en gewenste samenwerking, kunnen zorgverzekeraars sommige zorggroepen excluderen van integrale bekostiging. Dit geeft de zorggroep een stimulans om binnen de zorggroep eisen te stellen aan de zorgverleners. Mocht een zorggroep bijvoorbeeld worden uitgesloten van integrale bekostiging door de zorgverzekeraar en hier door de zorggroep geen actie

op worden ondernomen, kunnen aangesloten zorgverleners besluiten een eigen zorggroep op te zetten. Ook kunnen zorggroepen een exit-scenario inbouwen in contracten met zorgverleners, waardoor niet presterende zorgverleners uit de zorggroep worden verwijderd. De zorgverzekeraars hebben hierin een essentiële rol, sinds zij verantwoordelijk zijn voor hun inkoopbeleid en ook in de gelegenheid zijn om eisen te stellen aan zorggroepen. De NZa dient dit te ondersteunen door essentiële randvoorwaarden in de beleidsregels op te nemen. Vervolgens kunnen zorgverzekeraars zelf nog extra criteria formuleren over de geleverde prestaties op grond waarvan zij contracteren met zorggroepen.

Hoewel grote problemen in het uitoefenen van aanmerkelijke marktmacht niet zijn gesignaleerd, is gezien de dominante positie die zorggroepen in veel regio's innemen waakzaamheid geboden. Gezien het feit dat voor onderaannemers de drempel voor het indienen van klachten hoog is, omdat men immers sterk afhankelijk is van de zorggroep, is ook proactief toezicht van de NZa op dit gebied geboden. De IGZ dient erop toe te zien dat wordt voldaan aan wettelijke eisen ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening en de positie van de patiënt.

Om partijen te stimuleren de zorg via integrale bekostiging te financieren moet het voor zorgverzekeraars mogelijk zijn om zorggroepen de tijd te geven om aan de randvoorwaarden te voldoen. Dit kan bijvoorbeeld door tijdelijke financiering uit het modernisering en innovatie budget of via een POH-module. Om verzekeraars en samenwerkingsverbanden de kans te geven om meer richting populatiegerichte bekostiging te komen kunnen de GEZ gelden ingezet worden, wellicht naast het traject van integrale bekostiging.

Een probleem dat werd gesignaleerd door zorggroepen is dat zorgverzekeraars niet altijd het contracteerbeleid van de dominante zorgverzekeraar volgen, waardoor het voorkomt dat de ene zorgverzekeraar een bepaalde aandoening wel integraal bekostigt en de ander niet. In ons huidige stelsel hebben verzekeraars hier het recht toe. Dat zou er toe kunnen leiden dat binnen een huisartsenpraktijk de ene patiënt wél wordt opgenomen in het zorgprogramma en integrale zorg volgens de zorgstandaard ontvangt en de ander niet. De zorggroep c.q. de onderaannemers willen de patiënt echter niet weren en mogen in het kader van de WGBO een eenmaal ingezette behandelrelatie niet afbreken om administratieve redenen. De zorggroep kan echter ook zijn kosten van bijvoorbeeld management en POH niet declareren omdat in de beleidsregel van de NZa het hebben van een contract met de zorgverzekeraar verplicht wordt gesteld om volgens integrale bekostiging te kunnen declareren. Voorgesteld wordt om die verplichting te laten vallen, waardoor de

zorggroep een factuur naar de patiënt kan sturen, die dan, afhankelijk van de polisvoorwaarden, (gedeeltelijk) door de zorgverzekeraar zal worden vergoed.

De EIB adviseert de minister van VWS het volgende:

- Laat de overgangsregeling voortbestaan, waarbij naast integrale bekostiging ook andere vormen van bekostiging van de chronische zorg (zoals het koptarief) mogelijk zijn; dit om in te kunnen spelen op de variatie in performance die er tussen zorggroepen bestaat;
- Integrale bekostiging van de zorg voor chronisch zieken is een tussenstap in een continuüm dat loopt van financiering op basis van losse verrichtingen, via financiering van bekostiging door een opslag op die tarieven naar integrale bekostiging van individuele aandoeningen en uiteindelijk als eindpunt populatiegerichte bekostiging. Op dat eindpunt is de bekostiging van zorg pas werkelijk integraal in de zin dat die ook co- en multimorbiditeit, preventie voorafgaand aan het bereiken van een aandoening en ook substitueerbare tweedelijnszorg omvat;
- Er dienen door verzekeraars, ondersteund door beleidsregels van de NZa, heldere eisen te worden gesteld aan het bereiken van een hoger niveau in het continuüm door zorggroepen;
- De patiënt dient expliciet betrokken te worden bij de zorg. Individuele zorgplannen, waarin de rol van de patiënt ten aanzien van zelfmanagement wordt benoemd, vormen daarvoor de basis. Patiënten die zich committeren aan het zorgplan krijgen naar Belgisch voorbeeld korting op eigen bijdrage/eigen risico;
- Voor wat betreft integrale bekostiging zijn de belangrijkste randvoorwaarden dat zorggroepen dienen te voldoen aan regels voor governance (zie bijvoorbeeld de Zorgbrede Governancecode 2010 van Branche Organisaties Zorg (Brancheorganisaties Zorg, 2010)), dienen te beschikken over een kwaliteitssysteem en transparant zijn over behaalde resultaten;
- Als aan alle bovengenoemde randvoorwaarden wordt voldaan is uitbreiding naar meer zorgprogramma's en andere zorgsoorten als diagnostiek en farmaceutische zorg mogelijk;

- Het uitbreiden van integrale bekostiging naar een groot aantal aandoeningen is ongewenst vanwege het risico op overlap en coördinatieproblemen bij multimorbiditeit. Het uitbreiden met enkele aandoeningen kan wel een goede tussenstap naar populatiegerichte bekostiging zijn waarbij de zorggroep laat zien over het organisatievermogen te beschikken om de zorg ziekte-overstijgend te organiseren;
- Om de winst van het verschuiven van zorg van tweede naar eerste lijn te verzilveren is aanvullend beleid nodig dat erop is gericht de productieprikkels in de tweede lijn te verminderen. Een mogelijkheid daarbij is om een groter deel van de tweedelijskosten onderdeel te maken van de integrale bekostiging. Uiteindelijk dient gewerkt te worden naar populatiegerichte bekostiging waarbij tweedelijszorg is ingesloten;
- Voor zorggroepen die aan randvoorwaarden voldoen, maar geen overeenkomst hebben met alle verzekeraars dient de mogelijkheid te bestaan om een factuur te sturen naar patiënten bij verzekeraars die niet volgens integrale bekostiging contracteren; dit kan de effectiviteit van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorggroepen ten goede komen;
- Het basispakket en de integrale bekostiging dienen op elkaar te zijn afgestemd, waarbij de zorgstandaard leidend zou moeten zijn voor wat in het basispakket valt en dus ook integraal wordt bekostigd;
- De NZa dient een proactieve houding aan te nemen ten opzichte van marktmacht en niet alleen een signalerende rol.

Samengevat wordt geadviseerd om de partijen mogelijkheden te bieden om voort te bouwen op integrale bekostiging. Er dient alleen strakker te worden gestuurd op het voldoen aan essentiële randvoorwaarden en partijen dienen te worden aangesproken op hun verantwoordelijkheden.

Om het proces richting populatiegerichte bekostiging te kunnen monitoren heeft de EIB een aantal aanbevelingen voor onderzoek en informatievoorziening:

- **Versnel de informatievoorziening over tweedelijnskosten**

Doordat declaraties na-ijlen duurt het meer dan een jaar voordat gegevens over kosten van de tweede lijn beschikbaar zijn. Voor een effectieve sturing door zorgverzekeraars op de kosten en het in samenhang inkopen van tweede- en eerstelijnszorg is het essentieel dat die informatie eerder beschikbaar komt.

- **Entameer onderzoek rond COPD en VRM**

Het beschikbare onderzoek heeft voor het overgrote deel betrekking op diabetes. De resultaten daarvan zijn niet zonder meer generaliseerbaar naar andere aandoeningen. Daarom is het noodzakelijk dat daar ook onderzoek naar komt. Dankzij het feit dat deze aandoeningen nog slechts bij een deel van de zorggroepen zijn geïmplementeerd is daar nog vergelijking mogelijk met reguliere bekostiging. Bij VRM is voorts onderzoek aan te bevelen naar factoren die kennelijk implementatie bemoeilijken.

- **Ontwikkel onderzoek naar zorgplannen en zelfmanagement**

Gegeven de vele onduidelijkheden die nog kleven aan de introductie van zorgplannen en zelfmanagement is het van belang om dit proces met onderzoek te ondersteunen. Gedacht kan worden aan het ontwikkelen en implementeren van instrumenten. Nadrukkelijk dient daarbij het ziekte-overstijgende element te worden geadresseerd en dus de aandacht voor co- en multimorbiditeit.

- **Ontwikkel monitoring**

Gezien het 'werk in uitvoering'-karakter is het van belang de ontwikkelingen rond bekostiging en ketenzorg te blijven monitoren. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van infrastructuur van RIVM, NIVEL en de Adviesgroep Ketenzorg/Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG). Aandachtspunt daarbij is of ketenzorg in achterstandswijken of algemener onder chronische zieken met lage sociaaleconomische status voldoende van de grond komt.

- **Onderzoek experimenten populatiegerichte bekostiging**

Op diverse plaatsen in Nederland zijn initiatieven om te komen tot vormen van populatiegerichte bekostiging. Het is van belang dat deze worden onderzocht vanuit een gemeenschappelijk kader om op termijn tot onderlinge vergelijkbare en generaliseerbare uitspraken te komen over de meerwaarde van deze nieuwe vorm van bekostiging.

Niet alleen vanuit het ministerie van VWS wordt een actieve rol verwacht om de weg richting populatiegerichte bekostiging te bewandelen, maar dit proces vraagt ook een actieve rol van andere partijen. Daarom worden ook aanbevelingen gedaan voor andere partijen dan de minister van VWS.

5.4 Aanbevelingen voor partijen

Aanbevelingen voor zorggroepen

- **Ontwikkel kwaliteitsbeleid**

Zorggroepen zijn instellingen en vallen diensgevolge onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Los van die verplichting is het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid een belangrijke stap in de ontwikkeling van zorggroepen als professionele organisatie. Het werken volgens de kwaliteitscyclus aan continue kwaliteitsverbetering is de uitdaging waarvoor zij zouden moeten gaan. Het te verschijnen rapport van de IGZ geeft hiervoor een aantal goede aanknopingspunten.

- **Regel de governance op een verantwoorde manier**

Er zijn codes beschikbaar zoals de Zorgbrede governancecode die daarbij als uitgangspunt kunnen dienen. Het hebben van een Raad van Toezicht, de betrokkenheid van onderaannemers en patiëntenorganisaties zijn daarin belangrijke aspecten.

- **Expliciet beleid ten aanzien van onderaannemers/zorgverleners dient geformuleerd**

Belangrijk is dat op een transparante wijze met onderaannemers wordt omgegaan. Dat is extra van belang als zorggroepen een hoog marktaandeel hebben in een regio en dus inzichtelijk moeten kunnen maken dat zij geen misbruik van aanmerkelijk marktmacht maken.

- **Zorg voor transparantie naar patiënten en zorgverzekeraars**

Transparantie naar patiënten en zorgverzekeraars is van het grootste belang in een systeem waarin niet wordt betaald op basis van losse prestaties, maar een vast bedrag per patiënt. Voor patiënten moet daarom duidelijk zijn dat zij in een zorgprogramma zitten, wat dat inhoudt en hoeveel het kost. Verzekeraars dient inzicht te worden verschaft in wat in het kader van het zorgprogramma wordt geboden en wat het oplevert.

- **Ontwikkel benchmarking**
Het binnen de zorggroep onderling vergelijken op kosten en prestatieparameters dient onderdeel te zijn van het kwaliteitsbeleid. Dit zowel ten behoeve van interne sturing als externe verantwoording. De diabetesindicatoren zijn daarin al een stap die is genomen, maar ook specifieke vergelijking op kostenparameters is wenselijk.
- **Zorg voor resultaatmeting (klinisch en bij klanten)**
De extra inspanningen die op het terrein van samenwerking en coördinatie moeten worden verricht staan steeds tegenover de opbrengst daarvan in betere zorg voor klanten. Om te bezien of de inspanningen en de opbrengst met elkaar in balans zijn moet dit worden gemeten. Daarbij gaat het niet alleen om klinische parameters, maar ook patiëntensurveys waarin naar de ervaringen met de zorg wordt gevraagd. Instrumenten hiervoor zijn beschikbaar zoals bijvoorbeeld de CQ-Index, Patient Reported Outcome Measures en de PACIC.
- **Implementeer zorgplannen en zelfmanagement ondersteuning**
Dit is makkelijker gezegd dan gedaan, het vergt een cultuuromslag zowel aan de zijde van zorgverleners als aan de zijde van patiënten, maar er zijn (buitenlandse) voorbeelden.

Aanbeveling voor verzekeraars

- **Differentieer contracten op basis van prestaties**
Het eerder genoemde continuüm kan daarbij als uitgangspunt dienen. Voor zorggroepen die een stap hoger in de hiërarchie komen gelden hogere eisen.
- **Stel strengere eisen aan integrale bekostiging**
Die eisen liggen op het vlak van het hebben van een kwaliteitssysteem, voldoen aan governance code, levering van indicatoren, implementatie van zelfmanagement en zorgplannen.
- **Verbeter toezicht op prestaties/dubbele declaraties**
Het beschikbare onderzoek laat zien dat er grote variatie is in prestaties en ook grote variaties in kosten van reguliere huisartsenzorg bij diabetespatiënten hetgeen mogelijk op dubbele bekostiging wijst. De indruk van de EIB is dat de verzekeraars het toezicht hierop kunnen verbeteren.
- **Koop tweedelijnszorg in samenhang in met eerstelijnszorg**
De indruk van de commissie is dat dit nog nauwelijks gebeurt en dat ondanks het feit dat zorgverzekeraars risicodragend zijn voor substitueerbare diabeteszorg nog weinig doen om het bespaarde geld te ‘verzilveren’. Te overwinnen hindernis hierbij is het tijdig zicht krijgen op tweedelijnskosten.

- **Stem het inkoopbeleid op koepelniveau voor zover binnen wettelijke kaders op elkaar af.**

Maak met de sector zorggroepen afspraken over vermindering van administratieve lasten door synchronisatie van inkooptools en het volgen van de preferente verzekeraar door de verre verzekeraars.

Aanbevelingen aan patiënten(-organisaties)

- **Bewustmaken patiënten**

Een belangrijke taak van patiëntenorganisaties is het bieden van informatie aan patiënten over wat integrale bekostiging van hun zorg betekent, wat daar voor rechten en plichten aan zijn en welke mogelijkheden er zijn als er klachten zijn.

- **Zorg voor participatie**

Het is van belang dat de patiëntenparticipatie bij zorggroepen van de grond komt. Patiëntenorganisaties op regionaal niveau kunnen dit proces ondersteunen.

Aanbevelingen voor onderaannemers

- **Werk samen**

Om als potentiële samenwerkingspartners voor zorggroepen te kunnen optreden is samenwerking in groepen geboden. Er ontstaat dan een gelijkwaardiger positie. Bovendien kan dan gezamenlijk worden gewerkt aan kwaliteitsontwikkeling.

- **Werk aan transparantie**

Door de functionele omschrijving van de zorgstandaarden is er meer concurrentie in de markt voor onderaannemers. Om succesvol in die markt te opereren is het van belang dat onderaannemers hun prestaties zichtbaar maken. Zij dienen dus ook te werken aan transparantie en hun meerwaarde op basis van indicatoren zichtbaar te maken.

Referenties

Achmea Kwantitatieve inzichten van 4 jaar ervaring met integrale bekostiging diabeteszorg en landelijke ervaringen met diabetesketenzorg en kwalitatieve resultaten: Resultaten van de 'analyse substitutie-effecten integrale diabeteszorg' als uitgevoerd door Achmea | divisie Zorg & Gezondheid. Achmea, 2011.

Adviesgroep ketenzorg Contractering. Zorggroepen in Nederland; Resultaten van een enquête onder zorggroepen over contracteren met Zorgverzekeraars. Utrecht: Adviesgroep ketenzorg, 2011.

Adviesgroep ketenzorg Transparantie ketenzorg diabetes mellitus. Rapportage zorggroepen 2010: op weg naar genuanceerde rapportage van zorg. Utrecht: Adviesgroep ketenzorg, 2012.

Bakker, D.H. de, Struijs, J.N., Baan, C.B., Raams, J., Wildt, J.E. de, Vrijhoef, H.J.M., Schut, F.T. Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in The Netherlands show improvement in care coordination. *Health Affairs* 2012; 31(2): 426-433.

Berg, M. van den, Bakker, D. de Meta-analyse: introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2003.

Berg, M.J. van den, Kolthof, E.D., Bakker, D.H. de, Zee, J. van der Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: de werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.

Besters, C. Implications of integral funding for subcontracted care providers. Tilburg: Universiteit van Tilburg, 2011.

Boheemen, C.A.M. van, Geffen, E.C.G. van, Philbert, D., Bouvy, M.L., Bos, M., Dijk, L. van Vasculair risicomangement vanuit patiëntperspectief: volgens de standaard? Nulmeting patiënten. Utrecht: NIVEL, 2010.

Brancheorganisaties Zorg Zorgbrede governancecode 2010. Utrecht: Brancheorganisaties Zorg, 2009.

Coleman, K., Austin, B.T., Brach, C., Wagner, E.H. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs* 2009;28(1):75-85.

Coördinatieplatform zorgstandaarden Zorgstandaarden in model, Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Den Haag: Coördinatieplatform Zorgstandaarden, ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten, februari 2010

Coördinatieplatform zorgstandaarden Zorgstandaarden en zorgmodules: quickscan naar de stand van zaken. Den Haag: Coördinatieplatform zorgstandaarden, 2011.

Coördinatieplatform zorgstandaarden Zorgstandaarden/zorgmodules.

<http://www.zorgstandaarden.nl/zorgstandaarden/> en <http://www.zorgstandaarden.nl/zorgmodules/> mei 2012.

Cromwell, J., McCall, N., Burton, J. Evaluation of Medicare health support chronic disease pilot program. *Health Care Financing Review* 2008;30(1):47-60.

Dijk, C. van, Rijken, M., Bakker, D. de, Verheij, R., Groenewegen, P., Schellevis, F. Anders is niet per se beter: kanttekeningen bij functionele bekostiging. *Medisch Contact* 2009;64(22):973-976.

Dijk, C.E. van, Korevaar, J.C. Integrale bekostiging; eerste ervaringen na één jaar invoering. Utrecht: NIVEL, 2011.

Dijk, C.E. van, Swinkels, I.C.S., Lugt, M.G.H., Korevaar, J.C. Integrale bekostiging: evaluatie van verwachte effecten op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Utrecht: NIVEL 2011a.

Dijk, C.E. van, Verheij, R.A., Swinkels, I.C.S., Rijken, M., Schellevis, F.G., Groenewegen, P.P., Bakker, D.H. de What part of the total care consumed by type 2 diabetes patients is directly related to diabetes? Implications for disease management programs. International Journal of Integrated Care 2011b;11: e140.

Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging Monitoring Integrale Bekostiging.

Zorg voor Chronisch Zieken: Evaluatiekader. Den Haag: ZonMw, 2011.

Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging Monitoring Integrale Bekostiging voor chronisch zieken: tweede rapportage van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Den Haag: ZonMw, 2012.

Elissen, A., Duimel-Peeters, I., Spreeuwenberg, C., Vrijhoef, B. Going beyond the 'grand mean': Advancing approaches to disease management evaluation in the Netherlands.

Maastricht: CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht University, 2011.

Hansen, J., Greuning, M. van, Batenburg, R.S. Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn: achtergronden en resultaten van een trend- en verdiegingsstudie.

Utrecht: NIVEL, 2010.

Hansen, J., Batenburg, R., Bakker, D.H. de Multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn stabiliseert. Utrecht: NIVEL, 2012.

Heijmans, M., Spreeuwenberg, P., Rijken, M. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken: rapportage 2010. Utrecht: NIVEL, 2010.

Het Huisartsenteam Gezondheidswinst door ketenzorg. Etten-Leur: Het Huisartsenteam, 2012.

Holman, H., Lorig, K. Patients as partners in managing chronic diseases. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. BMJ 2000;320:526-527.

Inspectie voor de Gezondheidszorg Staat van de gezondheidszorg 2003.

Ketenzorg bij chronisch zieken. Den Haag: IGZ, 2003.

Janssen, P.S., Swinkels, I.C.S., IJzelenberg, W., Bakker, D.H. de, Struijs, J.N., Veenhof, C.

Disease management and bundled payments in Dutch physical therapy — involvement, experiences and opinions of physical therapists, Submitted 2011.

Jong, J. de, Loermans, M., Maat, M. van der De aanvullende tandzorgverzekering.

Utrecht: NIVEL, 2008.

Jong-van Til, T.J. de, Lemmens, L.C., Baan, C.A., Struijs, J.N. De organisatie van zorggroepen anno 2011: Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren.

Bilthoven: RIVM, 2012.

Lemmens, L.C., Jong-van Til, J.T. de, Struijs, J.N., Kooistra, M., Baan, C.A. Biedt de NDF Zorgstandaard zorggroepen voldoende houvast? Bruikbaarheid NDF Zorgstandaard voor zorggroepen. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (geaccepteerd voor publicatie), 2012.

Landelijke Overleg Versterking Eerste Lijn Intentieverklaring Versterking Eerstelijns Gezondheidszorg, 2004.

Leeuw, F.L. Reconstructing program theories: methods available and problems to be solved. *American Journal of Evaluation* 2003;24(1): 5-20.

Ministerie van VWS Integrale zorg in de eigen omgeving: de toekomst van de chronische zorg en de huidige eerste lijn. VWS Stuurgroep Chronische zorg. 11 juni 2010.

Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten Ingezonden brief aan de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten: Hilversum, 2012.

Norwegian Directorate of Health An individual Plan; Statutory right and a tool for cooperation. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/individuell-plan-brosjyre/Publikasjoner/Individuell%20plan-brosjyre-engelsk.pdf>, 2009.

NZa Beleidsregel CV-7000-5.0.-1 Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, CVR) (in werking van 01-01-2010 t/m 30-06-2010).

NZa Beleidsregel CV-7000-3.0.-3 (in werking van 01-01-2010 t/m 31-12-2010).

NZa Beleidsregel CU-7000-4.0.-4 / CA-415 (in werking 01-01-2010 t/m 31-12-2011).

NZa tariefbeschikking huisartsenzorg 16 december 2011.

NZa Uitvoeringstoets Mededingingsanalyse zorggroepen: Samenwerken en concurreren in ketenzorg. Utrecht: NZa, 2010a.

NZa Uitvoeringstoets uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg: Verruiming grenzen en soorten ketens. Utrecht: NZa, 2010b.

NZa Brief 'Maximumtarieven voor zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden met ingang van 1 januari 2011' aan LHV en ZN. Utrecht: NZa. 17 december 2010c.

NZa Marktscan Ketenzorg: Weergave van de markt 2007-2012. Utrecht: NZa, 2012.

NZa/NMa Richtsnoeren Zorggroepen. Utrecht/Den Haag: NZa/NMa, 2010.

Olsthoorn, S. Zorgverzekeraars zetten ziekenhuizen onder druk. *Financieel Dagblad*, dinsdag 6 december 2011.

Partnerschap Overgewicht Nederland Zorgstandaard obesitas. Amsterdam: Partnerschap Overgewicht Nederland, 2010.

Platform vitale vaten Zorgstandaard vasculair risicomanagement deel I (voor zorgverleners). Den Haag: Platform vitale vaten, 2009.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg Redesign van de eerste lijn in transmurale perspectief. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Raaijmakers, L.G.M., Martens, M.K., Bagchus, L., Jonkers, R., Kremers, S.P.J. NAD monitor 2010: Onderzoek onder zorgprofessionals en diabetespatiënten. Maastricht: Universiteit van Maastricht/Rescon, 2011.

Schellevis, J. Kwaliteitsborging bij zorggroepen en de invloed van professioneel bestuur en toezicht (afstudeerscriptie). Leiden: Universiteit Leiden, 2012.

Smeele, I., Meulepas, M., Meulemans, C., Reus, I., Klomp, M. Implementatie COPD ketenzorg door een zorggroep: eerste ervaringen. *Huisarts en Wetenschap* 2012;55(5):194-198.

Smilde, M. Eerste- en tweedelijns heroriënteren zich. <http://www.skipr.nl/blogs/id1004-eerste-en-tweedelijns-herorinteren-zich.html>, 7 februari 2012.

Stirbu-Wagner, I., Spies-Dorgelo, M., Witmer, J.M., Rot, A. aan het, Woleders, G., Vries, R. de, Veen, E-B. van, Visscher, S., Schellevis, F.G., Verheij, R.A. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en Etalage+-gegevens. Utrecht: NIVEL, 2011.

Struijs, J.N., Til, J.T. van, Baan, C.A. Experimenteren met de keten-DBC diabetes. De eerste zichtbare effecten. Bilthoven: RIVM, 2009.

Struijs, J.N., Mohnen S.M., Molema C.C.M., Baan, C.A. Effect van zorgprogramma's en integrale bekostiging op zorgkosten: Een eerste analyse van declaratiegegevens van Vektis. Bilthoven: RIVM, 2012a.

Struijs, J.N., Jong-van Til, J.T. de, Lemmens, L.C., Drewes, H.W., Bruin, S.R. de, Baan, C.A. Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg: Effecten op zorgproces en kwaliteit van zorg. Bilthoven: RIVM, 2012b.

Tol, J., Swinkels, I.C.S. Onderzoek naar de diëtetiek in de eerstelijns gezondheidszorg. Eerstelijns bijeenkomsten, Nederlandse Vereniging van Diëtisten. Datum: Utrecht 6 oktober 2011, Zwolle 13 oktober 2011, Eindhoven 17 oktober 2011 en Utrecht 10 november 2011.

Ursum, J., Rijken, M., Heijmans, M., Cardol, M., Schellevis, F. Zorg voor mensen met een chronische ziekte: organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie. Overzichtstudies. Utrecht: NIVEL, 2011.

Venema, B. Contractual agreements for Diabetes II treatment in Netherlands (afstudeerscriptie). Amsterdam/Utrecht: Vrije Universiteit Amsterdam/ NIVEL, 2010.

Vervloet, M., Brabers, A., Bos, M., Dijk, L. van Vasculair risicomangement in de huisartspraktijk: volgens de zorgstandaard? Nulmeting eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 2010.

Vrijhoef, H.J.M., Spreeuwenberg, C., Eijkelberg, I.M.J.G., Wolffenbuttel, B.H.R., Merode, G.G. van Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht. BMJ 2001;323: 983.

Vrijhoef, H.J.M., Steuten, L.M.G. Innovatieve zorgconcepten op een rij. TSG 2006;84(4):257-258.

Vrijhoef, H.J.M., Berbee R., Wagner E.H., Steuten L.M.G. Quality of integrated care measured by patient survey: identification, selection and application of most appropriate instruments. Health Expectations 2009; 12: 417-29.

Vrijhoef, H.J.M. Chronisch zieken hebben de toekomst (inaugurele rede). Tilburg: Tilburg University; 2010.

Wildt, J.E. de, Leusink, G. O-meting zorggroepen. Utrecht:LVG, 2008.

Wildt, J.E. de, Maes, A. Systeemfouten in de POH bekostiging 2011. <http://huisartsvandaag.nl/tags/16190/systeemfouten> , 3 december 2010.

Zorgvisie Achmea zal niet alle ziekenhuizen contracteren. <http://www.zorgvisie.nl/Financien/13512/Achmea-zal-niet-alle-ziekenhuizen-contracteren.htm> , 13 maart 2012.

Bijlage 1

Brief minister instelling commissie

Minister van Volksgezondheid,
Wet en Leven

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Curatieve Zorg

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.minvws.nl

Inlichtingen bij

Ons kenmerk
CZ/EKZ/2980869

Bijlagen

Uw brief

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 13 januari 2010
Betreft Instelling Evaluatie commissie Integrale Bekostiging

Geachte Voorzitter,

Op 30 September en 15 Oktober jl. heb ik met u gesproken over de introductie van Integrale Bekostiging¹ als bekostigingsmethodiek voor de integrale zorg voor mensen met een chronische aandoening. Per 1 januari a.s. kan van deze nieuwe systematiek gebruik gemaakt worden voor Diabetes Mellitus Type II en Cardiovasculair Risicomanagement; op 1 juli wordt dat ook mogelijk voor COPD, mits de zorgstandaard dan gereed is. In de door u aangenomen motie van mevrouw Smilde heeft u aangegeven dat ook voor hartfalen met deze bekostigingssystematiek kan worden begonnen als ook daar de zorgstandaard voor gereed is.

U heeft gedurende beide overleggen verschillende punten van zorg met mij besproken. Kort gezegd was een deel van de Kamer van mening dat op een aantal punten de randvoorwaarden voor de introductie van de integrale bekostiging niet geheel zijn uitgekristalliseerd. Mijn reactie daarop was en is dat ik deze analyse deel, maar dat de introductie van de integrale bekostiging nu juist moet worden gezien als een belangrijke stap in het proces van realiseren van deze randvoorwaarden. We worden immers geconfronteerd met een sterke groei van de huidige experiment-keten DBCs. Deze sterke groei geeft aan dat er behoefte is aan een schotten-doorbrekende bekostigingssystematiek; het experiment stadium is in die zin een gepasseerd station. Tegelijkertijd gaan de experimenten gepaard met hoge administratieve lasten (omdat elk experiment op zichzelf dient te worden opgezet en geaccordeerd), en ontbreken in deze experimenten de door u zo gewenste randvoorwaarden. Het gaat daarbij om uiteenlopende zaken als helderheid over wat er in de keten valt en wat niet, een goed geborgd proces van zorgstandaardontwikkeling en het vraagstuk van marktmacht op de zorgaanbiedersmarkt voor ketenzorg.

¹ Ik spreek inmiddels over 'integrale bekostiging' in plaats van over 'functionele bekostiging', omdat de term 'functioneel' erg technisch klinkt, en alleen voor redelijk ingewijden meteen duidelijk is. Er wordt verder geen inhoudelijke verandering beoogd met deze naamsverandering.

Om te borgen dat aan deze randvoorwaarden de komende tijd zal worden voldaan, heeft u mij gevraagd een evaluatiecommissie in te stellen. Ik voldoe graag aan uw verzoek.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk
CZ/EKZ/2980869

De evaluatiecommissie heeft twee taken:

- gedurende de komende drie jaar (de overgangperiode) de ontwikkelingen rondom de integrale bekostiging monitoren en periodiek aan de minister rapporteren in hoeverre er aan de randvoorwaarden is voldaan en of dat ook resulteert in de beoogde effecten
- na afloop van de overgangperiode (drie jaar) adviseren aan de minister of de overgangperiode inderdaad kan worden beëindigd: is er dan afdoende aan de randvoorwaarden voldaan, en is het veld voldoende 'klaar' voor het vervallen van de overgangsregeling?

De evaluatiecommissie gaat niet in de schoenen van de toezichtsorganen staan. Zij dient ervoor om de daadwerkelijke ervaringen van alle betrokkenen te kanaliseren, ons allen daarvan te doen leren, en om input te geven bij de uiteindelijke afweging om de overgangperiode al dan niet te verlengen. Hierbij komen de volgende aspecten aan de orde: werkzaamheid in de praktijk (impact op bedrijfsvoering), bureaucratie, continuïteit/integraliteit van zorg, keuzevrijheid, ervaren en gerealiseerde kwaliteit. Hierbij worden de effecten binnen zowel de huidige eerste als ook de tweede lijn (ziekenhuis en medisch specialist) betrokken. Uiteindelijk dient voor de evaluatiecommissie het (potentiële) zorginhoudelijke effect op (toekomstige) patiënten centraal te staan.

De volgende vragen (aangaande randvoorwaarden en ongewenste bij-effecten) zijn door u genoemd als aandachtspunten voor de evaluatiecommissie.

- Wat is het effect van het werken met keten DBCs op de administratieve lasten? Blijken de regelingen afdoende werkbaar? Treden er voor patiënten (on)gewenste veranderingen op met betrekking tot eigen bijdrages en eigen risico?
- Komt de transparantie van de geleverde zorg adequaat tot stand?
- Lukt het om de gewenste samenhang procesmatig en organisatorisch tot stand te brengen? Welke nieuwe organisatievormen ontstaan er? Wat zijn de effecten van deze nieuwe organisatievormen op de bedrijfsvoering van aanbieders? Wat is de impact op de beoogde samenwerking tussen zorgaanbieders?
- Hoe wordt omgegaan met patiënten met co-morbiditeit? Is er sprake van ongewenste 'versnippering'? Wat zijn de effecten op de relatie zorgaanbieder – patiënt?
- Leidt de aandacht voor deze nieuwe zorgvormen wellicht tot minder aandacht voor andere zorgproblemen?
- Hoe wordt de patient betrokken bij het vormgeven van zijn/haar eigen zorg? Worden de kansen voor zelfmanagement afdoende benut?

Pagina 2 van 4

- Ontstaat er een afdoende landelijke dekking van aanbod van deze vorm van zorg?
- Blijken afdoende hoeveelheden aanbieders en individuele professionals in staat om in deze ontwikkeling te participeren?
- Ontstaan er feitelijke belemmeringen voor de vrije artsenkeuze? En geldt dit eventueel ook voor andere individuele beroepsbeoefenaren?
- Wat zijn de uiteindelijke effecten van het beleid in termen van de gewenste kwaliteitsverbetering en geprognosticeerde kostenreductie?

Curatieve Zorg

Ons kenmerk
CZ/EKZ/2980869

Ook de NZa zal de ontwikkelingen monitoren. Daar waar de NZa reeds deelvragen beantwoordt, zullen deze antwoorden input voor de evaluatiecommissie kunnen zijn.

Ik heb de meest betrokken veldpartijen gevraagd om mee te denken over de invulling van de commissie, en op basis van de gegeven input is onderstaande commissie samengesteld. De commissie zal bestaan uit individuen met kennis en ervaring met de onderhavige thematiek, die goed de brug tussen theorie en praktijk kunnen slaan. Mensen die gezamenlijk in contact staan met de 'haarrvaten van het veld'. De leden worden gevraagd in de commissie te participeren zonder last of ruggespraak. De commissie zal als volgt zijn samengesteld:

- Prof. Dinny de Bakker (Hoogleraar Structuur en Organisatie Eerstelijnsgezondheidszorg, NIVEL) (voorzitter)
- Prof. Bert Vrijhoef, Hoogleraar Chronische Zorg, Universiteit van Tilburg
- Prof. Erik Schut, Hoogleraar Economie van de Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Jan Erik de Wildt (adviseur eerstelijnszorg, Commonsense B.V.)
- Joop Raams, huisarts, mede initiator Diamuraal Eemland

De commissie zal twee keer per jaar bij elkaar te komen. Jaarlijks (als eerste einde 2010) zal ze aan mij rapporteren.

De commissie zal van evaluatie-data worden voorzien om adequaat haar rol te vervullen. Er zal van tenminste onderstaande bronnen gebruik kunnen worden gemaakt:

- eigen constatering, evt. eigen onderzoeksgegevens van de commissieleden zelf
- prestatie-indicatoren en data met betrekking tot volume en kosten ontwikkelingen zoals bekend bij VWS
- rapportages van de NZa
- rapportages van een expliciet hiervoor ingesteld evaluatie-onderzoek, wat zal starten zodra de commissie is geïnstalleerd. Hiervoor wordt aansluiting gezocht bij de programma's Disease Management Chronisch Zieken en Op Eén Lijn van ZonMw.
- relevante rapportages van andere al dan niet betrokken partijen, zoals bijvoorbeeld de klankbordcommissie met betrekking tot de integrale bekostiging ingesteld door de Orde van Medisch Specialisten

Pagina 3 van 4

De jaarlijkse rapportages van de commissie zullen daar waar nodig kunnen helpen met het verder vormgeven van het beleid. Ik zal jaarlijks de evaluatie-gegevens en mijn reactie daarop aan u kenbaar maken.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk
CZ/EKZ/2980869

Ik vertrouw erop hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink

Bijlage 2

Samenstelling Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging

De Evaluatie commissie Integrale Bekostiging is ingesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief aan de Tweede Kamer d.d. 13 januari 2010.

De commissie bestaat uit:

Prof. Dr. Dinny de Bakker Bijzonder hoogleraar Structuur en Organisatie Eerstelijnsgezondheidszorg Tranzo/Universiteit van Tilburg, NIVEL, voorzitter

Drs. J. Raams Huisarts, mede initiator Diamuraal Eemland

Prof. Dr. Erik Schut Hoogleraar Economie van de Gezondheidszorg, Instituut voor Beleid en Management van de Gezondheidszorg Erasmus Univeriteit Rotterdam

Prof. Dr. Bert Vrijhoef Bijzonder hoogleraar Chronische Zorg Tranzo/Universiteit van Tilburg, afdeling Transmurale Zorg Academisch Ziekenhuis Maastricht

Jan-Erik de Wildt MHA Adviseur eerstelijnszorg Commonsense BV, Tranzo/Universiteit van Tilburg

Waarnemers:

Drs. Hans Simons Voorzitter ZonMw-programmacommissie Op één lijn

Mw. Drs. Elvira van Eijk Ministerie van VWS

Mw. Dr. Caroline Baan RIVM

Secretariaat:

Mw. Drs. Annette Pietersen ZonMw

Mw. Drs. Christel van Dijk NIVEL, vanaf september 2011

Bijlage 3

Afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
CQ-index	Consumer Quality-index	NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
CVA	Cerebro Vasculair Accident	NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
CVRM	Cardio Vasculair Risico Management	NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
CVZ	College voor Zorgverzekeringen	NPCG	Nationaal Panel Chronische ziekten en Gehandicapten
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie	NVD	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
EIB	Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging	NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
EMD	Elektronisch Medisch Dossier	PACIC	Patient Assessment of Chronic Illness Care
GEZ	Geïntegreerde Eerstelijns Zorg	POH	Praktijkondersteuner Huisartsenzorg
HbA^{1c}	Geglyceerd hemoglobine	PON	Partnerschap Overgewicht Nederland
HDL	High-density lipoproteïne	RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
HIS	Huisartsen Informatie Systeem	RVZ	Raad voor Volksgezondheid en Zorg
ICT	Informatie- en Communicatie Technologie	VRM	Vasculair risicomanagement
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg	VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
KIS	Keten Informatie Systeem	WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
LDL	Low-density lipoproteïne	WCKZ	Wet Cliënten en Kwaliteit van Zorg
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg	Wmo	Wet maatschappelijk ondersteuning
LOVE	Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg	ZN	Zorgverzekeraars Nederland
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn		
MDS	Minimale Data Sets		
M&I	Modernisatie & Innovatie		



Juni 2012

Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

Telefoon 070 349 52 24

eib@zonmw.nl