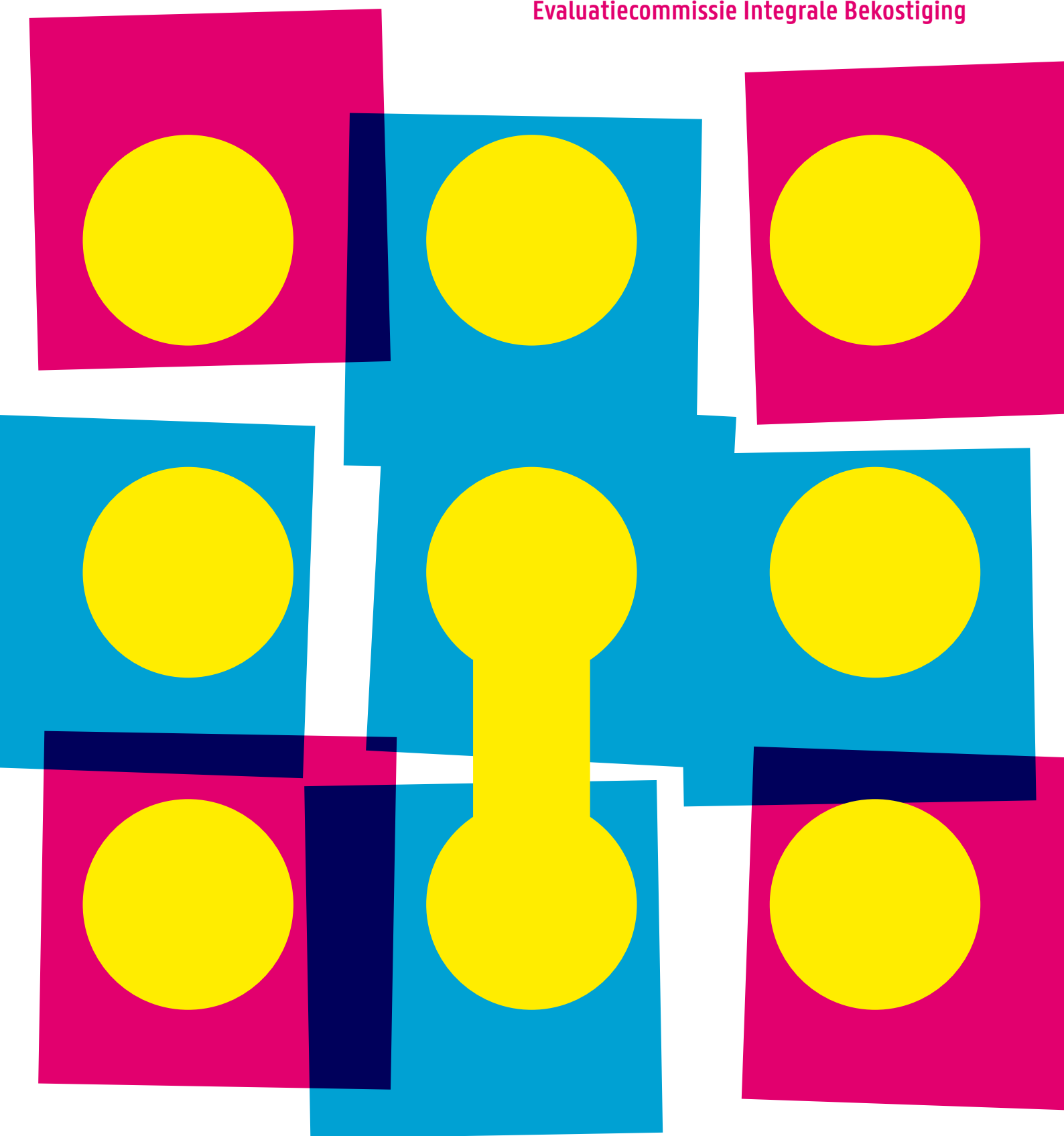


Monitoring Integrale Bekostiging  
Zorg voor Chronisch Zieken

**Eerste rapportage van de  
Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging**



Evaluatiecommissie  
Integrale Bekostiging



17:00 10.00 km

17:30 10.00 km

18:00 10.00 km

18:30 10.00 km

19:00 10.00 km

19:30 10.00 km

20:00 10.00 km

20:30 10.00 km

21:00 10.00 km

21:30 10.00 km

22:00 10.00 km

22:30 10.00 km

23:00 10.00 km

23:30 10.00 km

00:00 10.00 km

00:30 10.00 km

01:00 10.00 km

01:30 10.00 km

02:00 10.00 km

02:30 10.00 km

03:00 10.00 km

03:30 10.00 km

04:00 10.00 km

04:30 10.00 km

05:00 10.00 km

05:30 10.00 km

06:00 10.00 km

06:30 10.00 km

07:00 10.00 km

07:30 10.00 km

08:00 10.00 km

08:30 10.00 km

09:00 10.00 km

09:30 10.00 km

10:00 10.00 km

10:30 10.00 km

11:00 10.00 km

11:30 10.00 km

12:00 10.00 km

12:30 10.00 km

13:00 10.00 km

13:30 10.00 km

14:00 10.00 km

14:30 10.00 km

15:00 10.00 km

15:30 10.00 km

16:00 10.00 km

16:30 10.00 km

17:00 10.00 km

Monitoring Integrale Bekostiging  
Zorg voor Chronisch Zieken

**Eerste rapportage van de  
Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging**

Januari 2011

**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)

## 1 Inleiding

Integrale bekostiging is met ingang van januari 2010 ingevoerd voor chronische zorg aan mensen met diabetes en voor vasculair risicomanagement, en vervolgens voor de zorg aan mensen met COPD per 1 juli 2010. Voor de zorg aan mensen met hartfalen is een zorgstandaard in voorbereiding op basis waarvan het mogelijk wordt om deze aandoening ook op integrale wijze te bekostigen.

De periode 2010 tot en met 2012 wordt als een overgangsperiode gezien. Minister Klink heeft een evaluatiecommissie ingesteld die de ontwikkelingen rond integrale bekostiging tijdens de overgangsperiode dient te monitoren en aan het eind van die periode aan de minister zal adviseren of voldoende aan de randvoorwaarden is voldaan om de overgangsperiode te beëindigen. De brief met daarin de taakopdracht voor de commissie is opgenomen als bijlage 1.

In deze eerste rapportage wordt allereerst ingegaan op de door de commissie gevolgde aanpak. Vervolgens wordt achtereenvolgens ingegaan op de drie hoofdvragen waarop de commissie zich de komende jaren richt. Dat zijn de vragen of de beoogde effecten worden gerealiseerd, of aan de randvoorwaarden is voldaan en in hoeverre al dan niet gewenste neveneffecten optreden.

## 2 Aanpak

De commissie is geïnstalleerd op 15 juni 2010 en heeft sindsdien drie keer vergaderd. Het evaluatiekader en daaruit voortvloeiende evaluatievragen zijn inmiddels vastgesteld en wordt als apart document naast dit rapport gepubliceerd.

Voor de helderheid is het in de eerste plaats van belang om het verschil te beklemtonen tussen ketenzorg en integrale bekostiging als middel om ketenzorg te bewerkstelligen. Goede ketenzorg kan in principe ook worden verleend zonder integrale bekostiging. Anderzijds hoeft integrale bekostiging niet per definitie te leiden tot betere ketenzorg. De taakopdracht van de commissie richt zich op de vraag in welke mate het instrument integrale bekostiging de toepassing van ketenzorg bevordert. De commissie richt zich niet op de vraag in hoeverre ketenzorg in zijn algemeenheid leidt tot betere en of goedkopere zorg.

Verder is het van belang te expliciteren wat de commissie 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 het potentiële effect voor de patiënt centraal te zetten en naar eventuele (on)gewenste bijeffecten van de nieuwe wijze van bekostigen te kijken. Onder afdoende aan de ‘randvoorwaarden voldaan zijn’ verstaan we dat het ingezette instrumentarium zodanig is uitgekristalliseerd dat verwacht kan worden dat de beoogde hoofdeffecten worden bereikt en negatieve bijeffecten uitblijven. Het gaat ons dus om de werking van het beleid.

Belangrijk in het werk van de commissie is dat vanuit verschillende perspectieven naar de invoering van integrale bekostiging wordt gekeken: het perspectief van de patiënt (p), van de hoofdcontractant/zorggroep (h), van de zorgverlener/subcontractant (z) en het perspectief van de verzekeraar (v). Bij de door de commissie geformuleerde evaluatievragen is aangegeven vanuit welk perspectief of welke perspectieven naar elke vraag wordt gekeken. Zij zijn hieronder geformuleerd:

- 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 de geprognosticeerde 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 randvoorwaarden tot stand  
(zorgstandaarden, ICT, regels) (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 worden patiënten betrokken bij de zorg, in hoeverre treedt zelfmanagement op (p)?
  - 2f** In hoeverre komt de beoogde transparantie tot stand in de kwaliteit van de geleverde zorg aan de patiënt (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)?

Het RIVM is verantwoordelijk voor uitvoering van het onderzoek ten behoeve van de evaluatiecommissie op basis van de bovenstaande vragen. Het RIVM voert hiervoor eerst een inventarisatie uit van het reeds lopende onderzoek en beschikbare bronnen. Een eerste overzicht wordt verwacht in maart 2011. Op basis van deze inventarisatie zal de evaluatiecommissie besluiten in hoeverre even-

tueel aanvullend onderzoek noodzakelijk is. Belangrijk daarbij is dat de verschillende perspectieven (patiënt, hoofdcontractant, zorgverleners en verzekeraars) voldoende tot hun recht komen. Ten behoeve van deze eerste rapportage is relatief weinig onderzoeksmateriaal beschikbaar op basis waarvan antwoord op de vragen kan worden gegeven. Relevante inzichten zijn afkomstig uit de 1-meting van het RIVM in samenwerking met de LVG, met gegevens die dateren uit het voorjaar van 2010. Daarnaast is zeer recent een rapport van de Algemene Rekenkamer beschikbaar gekomen, waarvan gebruik is gemaakt (Algemene Rekenkamer, 2010). De preliminaire conclusies zijn dan ook voor een deel gebaseerd op eigen indrukken en observaties van leden van de commissie. De rapportages in de komende jaren zullen naar verwachting meer zijn gebaseerd op onderzoeksgegevens.

### 3 De eerste ervaringen

Voor de duiding van de eerste ervaringen is het goed om te beseffen hoe ingrijpend de maatregel om de zorg voor chronisch zieken integraal te gaan bekostigen is. De financiering van de eerste-lijnsgezondheidszorg is sinds jaar en dag per discipline geregeld en er waren schotten tussen de financiering van de tweede en de eerste lijn. Onderhandelingen tussen financiers en zorgverleners vonden dan ook per discipline plaats. Tot voor kort vonden zij ook nog voornamelijk op nationaal niveau plaats. Sinds de stelselwijziging wordt er op onderdelen ook regionaal onderhandeld maar nog altijd per discipline. Die versnippering zit niet alleen aan de kant van de aanbieders maar ook aan de kant van de verzekeraars waar de zorginkoop per discipline is georganiseerd. Mede ten behoeve van de integrale bekostiging zijn, vaak uit het niets, nieuwe organisaties van huisartsen opgezet, de zorggroepen (de meeste zijn niet ouder dan drie jaar, zie Van Til, 2010). Deze organisaties moesten onderhandelingen voeren met verzekeraars die eveneens nog geen ervaring hadden met deze wijze van contracteren, zij moesten de relaties met de aangesloten leden managen, relaties aangaan met subcontractanten en de ICT moest ook georganiseerd ten behoeve van de verantwoording. Voor de zorgverleners betekent het werken binnen de zorggroep dat meer dan in het verleden werd verwacht dat volgens richtlijnen en protocollen wordt gewerkt en dat daarover op een andere manier moest worden verantwoord, vaak naast het eigen registratiesysteem. Het structureel invullen van de positie van de patiënt aan de hand van zorgplannen en zelfmanagement is zelfs geheel nieuw. Voor subcontractanten betekent het dat zij niet meer rechtstreeks zaken konden doen met de zorgverzekeraars, maar nu moesten praten met de zorggroepen en zich daartoe moesten organiseren. Voor zorgverzekeraars betekent het dat zij hun zorginkoop anders moesten organiseren en dat niet meer per consult of verrichting werd betaald (waarbij de relatie tussen wat geleverd is en waarvoor betaald wordt helder is), maar voor een pakket van zorg voor een patiënt. Het vertrouwen dat zij waar voor hun geld krijgen dienen zij te ontfangen aan het overleggen van een complexe set aan proces- en uitkomstindicatoren, waarbij ook vaak op basis van de declaraties niet duidelijk is of de zorg niet dubbel gedeclareerd wordt.

Anderzijds is er ook continuïteit in het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De NHG-richtlijnen zijn er al jaren, de introductie van praktijkondersteuners aan het eind van de jaren '90 van de vorige eeuw was juist bedoeld om de controles van diabetes- en astma/COPD-patiënten conform standaard te brengen. Ook dit is weer monodisciplinair. Nieuw is dat de integrale bekostiging aanstuurt op het verbeteren van de samenwerking tussen disciplines.



### 3.1 Zijn randvoorwaarden vervuld?

In het evaluatiekader (Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, januari 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.

#### Zorgstandaarden, regels en ICT

Er zijn inmiddels zorgstandaarden voor drie van de vier aandoeningen. Voor hartfalen is nog een zorgstandaard in ontwikkeling. De zorgstandaard voor obesitas is inmiddels gereed gekomen. Ook zijn zorgstandaarden in ontwikkeling voor depressie, artrose, dementie, astma, CVA en kanker. In het algemeen delen wij de constatering van de Algemene Rekenkamer dat het proces van ontwikkeling van zorgstandaarden traag verloopt. Op zich hoeft het ontwikkelen van een zorgstandaard nog niet te betekenen dat de zorg voor een aandoening integraal wordt bekostigd. Andersom is het wel zo dat integrale bekostiging van de zorg voor een aandoening niet zonder zorgstandaard kan. Juist deze verbinding tussen zorgstandaard en integrale bekostiging met mogelijk negatieve consequenties voor bij de ontwikkeling van zorgstandaarden betrokken partijen is een belemmerende factor. Op de achtergrond spelen ook domeindiscussies tussen disciplines.

Vanuit zorginhoudelijke overwegingen omschrijven de zorgstandaarden terecht de te bieden zorg en de organisatie ervan in functionele termen. Zo is het juist het idee dat het zorgplan op maat wordt toegesneden op de behoefte van de individuele patiënt en diens mogelijkheden voor zelfmanagement. Ook de al langer bekende NHG-standaarden zijn in feite richtlijnen die als uitgangspunt voor de behandeling dienen die op de persoon toegesneden dient te worden ingevuld. Het direct gebruiken van richtlijnen als basis voor financiering is nieuw voor zowel de zorgverlener als de financier die gewend is aan gedetailleerde declaraties per verrichting.

Het niet alleen gebruiken van de zorgstandaard voor zorginhoudelijke doeleinden maar ook als basis voor integrale bekostiging, vormt een potentieel probleem (Struijs et al, 2010). Vanuit zorginhoudelijk oogpunt is een globale omschrijving gewenst omdat immers per persoon op maat de optimale zorg in een zorgplan dient te worden ingevuld. Dat staat op gespannen voet met het gebruiken van zorgstandaard als onderlegger voor een contract. Zorgverzekeraars en zorggroepen maken op basis van de zorgstandaard afspraken over de prijs van voor de betreffende aandoening geleverde zorg. Om een reële prijs te kunnen bepalen moet duidelijk zijn welke zorg er geleverd wordt. Wanneer niet duidelijk is welke zorg onder de integrale bekostiging valt bestaat de kans dat deze zorg dubbel wordt gedeclareerd omdat naast de integrale bekostiging ook de traditionele vergoedingssystemen worden gehanteerd. Ook bestaat de kans dat patiënten met een lage zorgzwaarte wel, terwijl patiënten met een hoge zorgzwaarte niet in de integrale bekostiging worden opgenomen, waardoor de gemiddelde kosten lager kunnen uitvallen dan de afgesproken prijs (De Haan, 2009). Problemen van dubbele declaratie en risicoselectie kunnen worden gemitigeerd door vooraf gedetailleerde afspraken te maken welke zorg aan welke patiënten wordt geleverd.



De *regels* rond de invoering van integrale bekostiging zijn opgesteld door de NZa. De Beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (per 1 januari 2011 Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen) is de overkoepelende regeling. Daaronder gelden regels voor administratievoorschriften, transparantievoorschriften en declaratievoorschriften. In de administratievoorschriften is geregeld wat dient te worden vastgelegd. De NZa stelt als voorwaarde voor het integraal kunnen bekostigen van de zorg dat Minimale Datasets worden vastgelegd die overigens aansluiten bij de indicatoren ontwikkeld in het kader van ZiZo. Ook zijn er regels met betrekking tot transparantie naar de consument zowel vanuit de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar. De beleidsregel alsmede de regeling ten aanzien van declaratievoorschriften zijn er voorts op gericht om dubbele bekostiging te voorkomen. Op het terrein van mededinging hebben NZa en NMa een richtsnoer uitgebracht voor zorggroepen. Daarin is aangegeven wat uit mededingingsrechtelijk oogpunt wel en niet is toegestaan in de samenwerking tussen zorggroepen en subcontractanten en tussen zorggroepen onderling (NMa/NZa, 2010).

Er is dus een complex aan regelgeving op gang gekomen. Dat wil niet zeggen dat er ten aanzien van de regelgeving geen problemen meer zijn. Zo blijken in het veld nog problemen te zijn met de implementatie van de Minimale Datasets. Er is nog onvoldoende draagvlak voor, zeker bij COPD en VRM. Ook zijn de ten behoeve van de Minimale Datasets te registreren gegevens nog niet ingebouwd in de ICT-systemen. De NZa heeft daarom besloten om de Minimale Datasets vooralsnog niet uit te vragen, maar alleen de registratieverplichting ten aanzien van het vastleggen van de benodigde gegevens te verlengen en pas in 2012 de betreffende gegevens te gaan uitvragen bij zorggroepen.

Dat laat al zien dat op het terrein van de ICT nog veel werk valt te doen. In de 1-meting rapporteert de helft van de zorggroepen gebruik te maken van een Huisarts Informatie Systeem (HIS) wat de facto betekent dat alleen in de huisartspraktijk werkzame zorgverleners daarin gegevens vastleggen. Een derde rapporteert gebruik te maken van een specifiek daartoe ingericht Keten Informatie Systeem (KIS). Dit faciliteert wél registratie door meerdere bij de zorg betrokken disciplines, alleen is er geen koppeling met de monodisciplinaire systemen. Een zorgverlener die zijn dossier compleet wenst te houden moet daarom dubbel invoeren.

Verder rapporteren de zorggroepen in de 1-meting dat extractie van informatie uit de systemen ten behoeve van verantwoording moeizaam verloopt. Punt is ook dat zowel de HIS-en als de KIS-en nog niet voorzien in het registreren van alle benodigde informatie, bijvoorbeeld uit de Minimale Datasets. Het ontbreekt tot dusver teveel aan eenduidigheid in de informatiebehoefte om leveranciers van deze systemen ertoe te bewegen om hun systemen te gaan aanpassen.

### Contractering

Geconstateerd kan worden dat van de in de beleidsmaatregel integrale bekostiging opgenomen aandoeningen alleen diabetes op grote schaal wordt gecontracteerd. De 1-meting van LVG/RIVM laat zien dat alle aan het onderzoek deelnemende zorggroepen (het onderzoek had een response van 57%) een zorgprogramma voor diabetes hadden dat wordt bekostigd via een keten-dbc-contract. Ook wordt in de 1-meting geschat dat 77% van de Nederlandse huisartsen is aangesloten bij een zorggroep. Dat betekent nog niet dat 77% van de diabetespatiënten in Nederland integraal bekostigde zorg ontvangt. Huisartsen zijn immers vrij om diabetespatiënten al dan niet in een zorgprogramma op te nemen. De 1-meting laat zien dat er per huisarts gemiddeld 75 patiënten in het zorgprogramma zitten. Daarvan uitgaande kan worden berekend dat de zorg van ongeveer tweederde van de circa 750.000 diabetespatiënten in Nederland via de integrale bekostiging wordt gefinancierd.

Contracten op het gebied van Vasculair Risicomanagement en COPD worden veel minder afgesloten. De 1-meting meldt twee keten-dbc-contracten voor VRM en zes voor COPD. Daarnaast zijn er nog een aantal in voorbereiding.

Zorgverzekeraars verschillen in hun attitude ten aanzien van de integrale bekostiging met aan de ene kant CZ die voor alledrie de aandoeningen contracten afsluit en aan het andere kant Achmea die de voorkeur geeft aan het betalen van individuele zorgaanbieders met daarbij een koptarief, dus als een toeslag op de monodisciplinaire declaraties. Verzekeraars als Achmea en UVIT contracteren geen andere aandoeningen dan diabetes en geven ook nog niet aan dat ze dit gaan doen. Agis heeft inmiddels besloten om COPD per 1 januari 2011 wél integraal te gaan bekostigen.

Dit verschil in attitude komt met name tot uiting waar zorggroepen contracten volgens de regels van de integrale bekostiging sluiten met de dominante verzekeraar en vervolgens de andere verzekeraars niet volgen. Recentelijk is hierover een rechtszaak geweest. Daarbij is een zorggroep in het ongelijk gesteld, waarbij een rechter oordeelde dat de verzekeraar niet verplicht het contract hoefde te volgen (Rechtbank Utrecht, 2010). Dat betekent dat de betreffende zorggroep voor een deel van de reeds in het zorgprogramma opgenomen patiënten niet het integrale tarief, maar de aanmerkelijk lagere koptarieven in rekening kan brengen. De gevolgen daarvan voor de exploitatie van de zorggroep zijn op dit moment nog niet duidelijk. In hoeverre dit speelt bij andere zorggroepen is evenmin duidelijk. Wel is aannemelijk dat zorggroepen bij nieuwe contracten terughoudend zullen worden om patiënten van verre verzekeraars in het zorgprogramma op te nemen.

### **‘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 op dit moment nog niet worden beantwoord. Zorggroepen rapporteren in de 1-meting ontevreden te zijn over het proces van contractering maar tevreden te zijn over het resultaat. Hoe verzekeraars een en ander ervaren is op dit moment nog niet bekend. Signalen dat zorggroepen misbruik maken van hun monopoliepositie zijn er tot dusver niet.

Onderzoek naar contracten in relatie tot de mate waarin sprake is van een monopoliepositie van zorggroepen (en/of verzekeraars) kan hier meer uitsluitsel gaan geven. Een eerste analyse op 80 keten-dbc-contracten voor diabetes leert dat in regio’s waar meerdere zorggroepen actief zijn een lagere prijs werd betaald. De grootte van de zorggroep was echter niet van invloed op de prijs. Evenmin was er een verband tussen keten-dbc-prijs en de mate waarin de zorgverzekeraar het monopolie heeft. Aanvullende kwaliteits- of transparantie-eisen in contracten bleken voorts niet tot een hogere prijs te leiden (Venema, 2010). De NZa speelt op deze markt een rol. In haar werkprogramma 2011 is een monitor opgenomen naar de ontwikkeling van ketenzorg, waarbij naar contracten van zorggroepen en prijzen wordt gekeken.

Wat hier overigens ook speelt is dat er in dit vroege stadium nog weinig ervaring is met de feitelijke kosten en wat daarvoor in termen van kwaliteit dient te worden geleverd. Dat maakt het voor aanbieders lastig om scherp te offren en voor verzekeraars lastig om offertes te beoordelen.

### **Samenwerking op gang gekomen?**

Over de vraag in hoeverre de samenwerking tot stand komt en volgens de zorgstandaarden wordt gewerkt valt nog maar gedeeltelijk iets te zeggen. Het bestaan van een contract betekent nog niet dat automatisch multidisciplinaire zorg wordt verleend. Kijken we naar de keten-dbc’s voor diabetes dan heeft 69% van de zorggroepen diëtisten gecontracteerd, 65% een internist en ruim de helft een oogarts en een laboratorium. Een minderheid (iets meer dan 20%) heeft afspraken met fysiotherapeuten (Van Til, 2010). Voor een deel beperken de keten-dbc’s zich dus tot de huisartsenpraktijk. De zorggroepen tonen zich in de 1-meting tevreden over de onderhandelingen met de subcontractanten. Klachten over of signalen van subcontractanten over machtsmisbruik kunnen worden ingediend bij het meldpunt contractering, de NMa, de NZa en bij koepelorganisaties. Een overzicht hiervan in het blad ‘De Eerstelijns’ leert dat er incidenteel klachten binnenkomen dan wel vragen worden gesteld. De conclusie was dat er geen bewijs was voor machtsmisbruik (De Wildt en Kommer, 2010). Klachten kunnen echter het topje van de ijsberg zijn. Veel systematisch onderzoek naar hoe

subcontractanten de contractering ervaren is er nog niet. In een door de NVD gehouden enquête rapporteert 80% van de diëtistes een uurtarief van de zorggroep te ontvangen rond of boven het tarief dat door zorgverzekeraars wordt betaald voor dieetadvisering via de basisverzekering (Bakker, 2010).

### De rol van de patiënt

In het algemeen kan over de rol van de patiënt worden gezegd dat deze nog maar beperkt is. Vooraf is onduidelijk of hij in een zorgprogramma wordt opgenomen waarin hij zorg volgens de zorgstandaard krijgt. In deze overgangssituatie waarin de verzekeraar vrij is om al dan niet keten-dbc's af te sluiten en de huisartsen vrij zijn om zich al dan niet bij een zorggroep aan te sluiten en vervolgens ook patiënten al dan niet in het zorgprogramma op te nemen is de rol van de patiënt betrekkelijk passief.

In de 1-meting wordt geconstateerd dat patiënten al meer bij de organisatie van zorggroepen worden betrokken. Sommige ontplooiën ook activiteiten om zelfmanagement te stimuleren door het bieden van bij- en nascholing aan zorgverleners in het ondersteunen van zelfmanagement. Een eerste meting (in 2009) in het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten met behulp van het PACIC-instrument laat zien dat diabetespatiënten en astma/COPD-patiënten gemiddeld positiever ervaringen hebben met geïntegreerde zorg dan patiënten met andere chronische aandoeningen (Heijmans et al, 2010). De PACIC meet in hoeverre chronisch zieke patiënten ervaren dat:

- de zorg patiëntgericht is (bv. de patiënt gestimuleerd wordt om actief mee te denken over de behandeling en te participeren in besluitvorming daarover);
- de zorg goed georganiseerd is (op elkaar afgestemd etc.);
- er sprake was van het gezamenlijk stellen van doelen door zorgverlener en patiënt (en ook werd vastgelegd in een persoonlijk zorgplan);
- er sprake was van probleemoplossing waarbij de zorgverlener de (sociale) context van de patiënt in ogenschouw nam;
- er sprake was van actieve follow-up vanuit de zorg.

Diabetes- en astma/COPD-patiënten rapporteren weliswaar significant positievere ervaringen, maar de scores zijn nog vrij laag, met andere woorden zij hebben nog niet de ervaring dat er daadwerkelijk sprake is van integrale zorg op hoog niveau. De Algemene Rekenkamer (2010) concludeert op basis van dezelfde bron dat ondanks lichte verbeteringen patiënten in 2009 niet significant meer tevreden zijn over de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners dan enkele jaren daarvoor. Verdere metingen op dit punt zullen de komende jaren uitwijzen in hoeverre vooruitgang wordt geboekt. Ook de ervaringen van patiënten met bijvoorbeeld zorgplannen zal dan worden uitgevraagd.

### 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 waarvoorheen voor losse verrichtingen werd betaald is inzicht in de kwaliteit die wordt geleverd belangrijk. Maar ook de beoogde verschuiving van zorg naar goedkopere zorgvormen (van tweede naar eerste lijn en binnen de eerste lijn van bijvoorbeeld diëtiste naar praktijkondersteuner) roepen vragen ten aanzien van de kwaliteit op.

Het is daarom zorgelijk dat de transparantie nog maar in beperkte mate van de grond komt. Ten aanzien van transparantie constateerden we al eerder de problemen ten aanzien van de Minimale Data Set. Los daarvan is het van belang te weten welke transparantie-eisen in contracten worden vastgelegd tussen zorgverzekeraars en zorggroepen. Op dit moment is daar nog geen systematische informatie over.

Tot zover de vraag in hoeverre aan de randvoorwaarden is voldaan. Het roept het beeld op dat er weliswaar veel beweging is, maar dat het zeker nog niet zo is dat alle seinen op groen staan om de geplande effecten te kunnen verwachten. Gezien de ingrijpendheid van de maatregelen rond integrale bekostiging is dat niet meer dan logisch.

### 3.2 Treden de geplande effecten op?

Het voorgaande maakt al duidelijk dat over de geplande hoofdeffecten van het beleid ten aanzien van het eerste invoeringsjaar nog niet zoveel kan worden gezegd. In het evaluatiekader (Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, januari 2011.) is los daarvan al aangegeven dat er verschillende redenen zijn om de verwachtingen op de korte termijn niet te hoog gespannen te laten zijn.

#### **Integrale bekostiging komt niet uit het niets**

In de eerste plaats komen de maatregelen rond integrale bekostiging niet uit het niets. Praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk 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 et al, 2003). 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 (NZa). Er is bovendien in een groot aantal zorggroepen verspreid over Nederland reeds gewerkt met keten-dbc's voor diabetes onder meer in het kader van het ZonMw-programma Diabetes Keten zorg dat geëvalueerd is door het RIVM (Struijs et al, 2009). In die zin is de integrale bekostiging een verdere stap in reeds in eerder stadium ingezet beleid.

#### **Hoe snel treden effecten op?**

Vraag is ook hoe snel effecten zullen optreden. Het evaluatieonderzoek van keten-dbc's zag na één jaar experimenteren nog geen effect op patiëntuitkomsten (Struijs et al, 2009). Op procesniveau werd duidelijk dat een groot deel van de diabetespatiënten periodiek gecontroleerd wordt op HbA<sub>1c</sub>, bloeddruk, cholesterol en lichaamsgewicht (body mass index (BMI)) conform de NDF Zorgstandaard. Ruimte voor verbetering zagen de onderzoekers met name bij het verrichten van het jaarlijkse voet- en oogonderzoek. Een laatste punt van aandacht is de termijn waarop effecten 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 in bepaalde gevallen jaren duren. Onderzoek in de Verenigde Staten, waar ketenzorg al langer is geïmplementeerd, laat zien dat ketenzorg bij diabetes zich vanuit het oogpunt van de verzekeraar terugverdient, maar dat de opbrengst zeker de eerste jaren minimaal is door een aantal factoren. Zo nemen zorgverleners relatief gezonde patiënten in het programma op, waarbij wel de kosten worden gemaakt, maar de opbrengsten geringer zijn of later optreden. Ook loopt de verzekeraar een deel van de opbrengst mis doordat verzekerden van verzekeraar wisselen. Tenslotte speelt ook in de Verenigde Staten dat aanbieders met meerdere verzekeraars contracten hebben waardoor andere verzekeraars mee profiteren van door één verzekeraar gefinancierde kwaliteitsprojecten (Beaulieu et al, 2006).

### Beschikbaarheid gegevens

Binnen de termijn waarin de evaluatiecommissie haar werk doet (drie jaar, waarbij zij zich aan het eind zal moeten baseren op gegevens over de eerste twee invoeringsjaren) kunnen dus geen grote effecten worden verwacht.

Een punt van aandacht is verder de (tijdige) beschikbaarheid van gegevens over kosten. De kosten en het volume van gedeclareerde keten-dbc's in de eerste lijn zullen ongetwijfeld tijdig beschikbaar komen. Ook zal nog wel bekend worden in hoeverre door huisartsen minder consulten voor diabetespatiënten worden gedeclareerd. De vraag in hoeverre ook minder ziekenhuis-DBC's worden gedeclareerd kan pas later worden beantwoord omdat het lang duurt voor die volledig zijn 'uitge-declareerd'. Op het moment van eindrapportage van de commissie (medio 2012) zullen daarom wat dit betreft op zijn hoogst gegevens over 2010 beschikbaar zijn en misschien zelfs dat niet eens. Kortom, het risico bestaat dat we wel zicht krijgen op de extra kosten, maar niet op de baten. En dan hebben we het in feite alleen nog over diabetes omdat vasculair risicomanagement en COPD nog maar zo mondjesmaat wordt gecontracteerd dat de kans dat we daar in termen van effecten iets over kunnen zeggen minimaal is.

### Integrale bekostiging versus koptarief

Duidelijk is dat momenteel verschillende vormen van financiering naast elkaar bestaan: integrale bekostiging versus koptarief. De commissie heeft strikt genomen als opdracht om de integrale bekostiging te monitoren op effecten en na drie jaar uitspraken te doen over de vraag of de randvoorwaarden voldoende zijn ingevuld om de overgangsperiode te beëindigen. Een additionele vraag zou zijn of het mogelijk is om tijdens de overgangsperiode verschillende vormen van bekostiging met elkaar te vergelijken. Er lijkt immers een natuurlijk experiment gaande. We zeiden al dat het moeilijk is binnen de zittingsperiode van de commissie uitspraken te doen over de effecten van integrale bekostiging alleen. Een zuivere vergelijking tussen financiering via integrale bekostiging versus koptarief wordt nog moeilijker. Dat komt vooral doordat binnen praktijken zowel via integrale bekostiging als via koptarief kan worden gedeclareerd in het geval dat de verre verzekeraar via het integrale tarief afgesloten ketencontracten niet volgt. We zien hier hetzelfde verschijnsel als in de Verenigde Staten dat de verre verzekeraar meeprofiteert van de investeringen van de dominante verzekeraar. Krachtige uitspraken over de vraag of de ene vorm van financiering superieur is ten opzichte van de andere kunnen binnen de termijn waarin de evaluatiecommissie werkzaam is niet worden verwacht.

### Effecten op kwaliteit

We gaven al aan dat gegevens over kwaliteitsverbetering als gevolg van integrale bekostiging vaak pas op lange termijn kunnen worden verwacht. Op theoretische gronden kan wel wat worden gezegd. Bij de invoering van integrale bekostiging wordt aangesloten bij de moderne opvattingen over kwaliteitsverbetering van chronische zorg. Dit vereist een samenspel tussen diverse elementen en actoren ofwel een systeembenadering. Meest bekende invullingen hiervan zijn 'disease management' programma's en het 'chronic care model'. Toepassing van het 'chronic care model' gaat gepaard met positieve effecten op de kwaliteit van zorg, terwijl dit bij 'disease management' programma's amper het geval is. Een belangrijke reden voor de relatieve ineffectiviteit van 'disease management' programma's is dat deze zijn gericht op de behandeling van één ziektebeeld, waar veel mensen meerdere gezondheidsproblemen hebben.

Evaluatieresultaten van het 'chronic care model' laten zien dat de aanpak van chronische zorg volgens dit model gepaard gaat met betere uitkomsten voor patiënten in termen van kennis, zorggebruik, ligdagen, zelfmanagement, kwaliteit van leven, gezondheidsrisico's en klinische uitkomsten. De effecten op klinische uitkomsten meer zichtbaar worden naarmate sprake is van een langere follow-up periode. De aanwezigheid van meerdere componenten van het 'chronic care model' gaat

gepaard met een grotere mate van effectiviteit. Onduidelijk is de impact van het toepassing van het 'chronic care model' op kosten (Vrijhoef, 2010).

Het chronic care-model ligt, met name door de aandacht die wordt besteed aan zelfmanagement en het individueel zorgplan, mede ten grondslag aan de zorgstandaarden en daarmee aan de integrale bekostiging. Tegelijkertijd is wel in sterke mate sprake van een ziektegerichte aanpak met nog vraagtekens hoe bijvoorbeeld met comorbiditeit wordt omgegaan. Naarmate door de integrale bekostiging meer elementen uit het chronic care-model worden verwezenlijkt kan een positiever effect op de kwaliteit worden verwacht. Daarover kunnen in de loop van de periode waarover de commissie rapporteert wél uitspraken worden verwacht.

Dit alles bij elkaar in ogenschouw genomen mag het dan ook geen verrassing heten dat de Algemene Rekenkamer concludeert dat nog steeds geen informatie beschikbaar is waaruit blijkt dat integrale zorg leidt tot goedkopere en betere zorg (Algemene Rekenkamer, 2010).

### 3.3 Neveneffecten

De vraag is of in dit vroege stadium al veel neveneffecten optreden. In het evaluatiekader zijn een aantal mogelijke neveneffecten benoemd. Per mogelijk neveneffect gaan wij na of er bevindingen in het afgelopen jaar zijn:

#### — 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 public health. 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. Diëtisten of fysiotherapeuten in gezondheidscentra waar uitstekend wordt samengewerkt zouden bijvoorbeeld kunnen worden uitgesloten doordat de huisartsen in het centrum zijn aangesloten bij een zorggroep die elders subcontracteert. Eerste bevindingen uit 2010 bevestigen dat beeld niet. De monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden (Hansen, 2010) laat zien dat ondanks het afschaffen van de subsidie voor gezondheidscentra en met de integrale bekostiging in het vooruitzicht het aantal multidisciplinaire samenwerkingsverbanden is gegroeid.

Concrete aanwijzingen dat gezondheidscentra uit elkaar zijn gevallen door de integrale bekostiging zijn er niet. Er zijn bij leden van de commissie wel signalen binnengekomen dat thuiszorgorganisaties tegen marginale kosten ketenzorgcontracten afsluiten met zorggroepen voor diëtetiek, daarmee vrijgevestigde diëtisten buiten spel zettend. Dit spoort overigens niet met de eerdere constatering dat multidisciplinaire samenwerking aan het toenemen is. Eenzelfde verschijnsel zien we bij ziekenhuislaboratoria en huisartsenlaboratoria. In hoeverre dit bestaande samenwerkingsverbanden doorkruist is vooralsnog niet duidelijk.

#### — Effect op samenhang in de zorg voor de patiënt

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. Daar kan tegenin gebracht worden of dat een voldoende argument is om bijvoorbeeld de zorg voor diabetes niet goed te regelen. 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 gaat. Dit is betrekkelijk onwaarschijnlijk. Minder onwaarschijnlijk is versnippering van de dossiers. Het EMD van de huisarts biedt op dit moment 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 in gebruik die juist dat deel van de zorg specifiek ondersteunen. Zij zijn echter nog niet gekoppeld aan het huisartsdossier (laat staan aan dossiers van andere eerstelijnszorgverleners) waardoor de huisarts voor het dilemma staat van onvolledig zijn of dubbel invoeren.

Het rapport van de Algemene Rekenkamer laat (voor 2009) zien dat patiënten nog steeds vaak met tegengestelde adviezen worden geconfronteerd. In hoeverre dit de komende jaren verandert zal worden gemonitord.

De 1-meting van 2010 laat zien dat het punt van de versnippering van de dossiers nog niet is opgelost via de ICT. Op het terrein van multimorbiditeit meldt de 1-meting dat multimorbide patiënten vaak bij meerdere zorggroepen 'in zorg' zijn. Wat dit betekent voor de kwaliteit van de zorg is vooralsnog onduidelijk. We zien wel dat momenteel zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen worden ontwikkeld, de groep waarbij multimorbiditeit bij uitstek speelt.

#### — Administratieve last

De introductie van integrale bekostiging veroorzaakt administratieve last aan de zijde van zorgverzekeraars en aanbieders. ICT-systemen moeten worden omgebouwd. 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 als iedereen aan het systeem gewend is en de ICT goed faciliteert. De administratieve last kan echter de werking van het beleid (bv de transparantie) belemmeren. Daarom is het van belang daarop te monitoren.

Duidelijk is dat het probleem van de ICT-systemen in 2010 nog niet is opgelost. Over de administratieve last aan de kant van de verzekeraars is nog weinig bekend. Een Actaltoets is op de regelgeving rond de integrale bekostiging niet uitgevoerd (en overigens ook niet verplicht). De commissie zal hier de komende jaren wél over rapporteren.

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 vergoedingsregelingen 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.

Tenslotte zullen de lasten naar verwachting stijgen als het aantal keten-dbc's verder toeneemt.

#### — 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. In de tweede plaats kunnen er effecten op de keuzevrijheid van artsen of andere zorgverleners optreden doordat er selectief wordt ge(sub)contracteerd. Ook kunnen financiële belemmeringen optreden in de vorm van eigen bijdragen/risico's. Verder is het mogelijk dat zorgverleners selectie toepassen, door bijvoorbeeld patiënten die veel inspanning vergen en waarbij het moeilijker is goed te scoren op de afgesproken indicatoren buiten het zorgprogramma te houden en patiënten die nog maar beginnende diabetes hebben in het programma op te nemen.



Bevindingen 2010 laten zien dat van de diabetespatiënten in Nederland inmiddels een groot deel in zorgprogramma's is opgenomen. In hoeverre selectie optreedt is op dit moment nog niet duidelijk. Voor wat betreft vasculair risicomangement en COPD is het nog vroeg om hier uitspraken te doen. De commissie blijft op deze punten de komende jaren monitoren.

#### — 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 toegenomen aandacht voor screening de prevalentie van diabetes in de huisartsenpraktijk sinds 2002 met circa 30% is gestegen ([www.nivel.nl/linh](http://www.nivel.nl/linh)). Een full-time werkende huisarts heeft een gemiddelde werkweek van 53 uur. 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.

Voor wat betreft 2010 zijn er nog geen bevindingen die hierop wijzen. Dit kan pas als zorgregistratiegegevens beschikbaar komen worden nagegaan.

## 4 Conclusie

De voorlopige conclusie is dat er aan het eind van het jaar waarin integrale bekostiging voor een drietal aandoeningen is geïntroduceerd nog veel vragen zijn. Een deel van die vragen zal de komende twee jaar kunnen worden beantwoord op basis van de lopende onderzoeken. Definitieve antwoorden over de mate waarin kostenbesparingen optreden zullen echter ook binnen de periode waarin de commissie werkzaam is nog niet zichtbaar zijn. Wij delen de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat de invoering van de Integrale Bekostiging minder hard loopt dan verwacht, maar zijn hierdoor niet verrast.

Voor een deel komt dat ook juist doordat sprake is van een overgangperiode waardoor gekozen kan worden door verzekeraars en aanbieders om aan de integrale bekostiging deel te nemen of niet. Het naast elkaar bestaan van oude vergoedingsregelingen en dubbele bekostiging leidt tot veel administratieve last en problemen rond dubbele bekostiging. De mogelijkheid voor verre verzekeraars om niet mee te gaan in integrale bekostigingscontracten leidt tot een zelfde verschijnsel als in de Verenigde Staten waar andere verzekeraars meeliften op de investering van een enkele.

Aan het begin van deze rapportage hebben wij al stilgestaan bij de ingrijpendheid van de maatregelen rond integrale bekostiging voor zowel aanbieders als verzekeraars. Dat maakt het traag op gang komen van het nieuwe systeem verklaarbaar. De lange termijnvisie die achter het beleid zit is dat een sterke eerste lijn belangrijk is voor goede zorg in de buurt. De versnipperde financiering belemmerde een sterke eerste lijn en belemmerde ook substitutie van tweede naar eerste lijn. Het invoeren van integrale bekostiging van een aantal aandoeningen zou een eerste stap kunnen zijn naar een integrale bekostiging van de gehele eerstelijnszorg. In feite is echter de bekostiging zelfs voor die aandoeningen thans nog niet integraal. Zo is de fysiotherapie slechts deels opgenomen in de basisverzekering en vallen de geneesmiddelen buiten de integrale bekostiging. Consistent beleid betekent eerder dat aanpassingen worden gemaakt binnen de ingeslagen weg dan dat teruggekeerd wordt naar het oude systeem van gescheiden financiering.

# Referenties

- Algemene Rekenkamer** Afstemming in de zorg rond chronische aandoeningen. Terugblik 2010. Den Haag, 2010.
- Bakker, N.** Diëtisten in zorggroepen. Verslag van de enquête gehouden in september 2010. NVD Nieuws 2010, 12, 8, p. 8-9.
- Beaulieu, N., Cutler, D.M., Ho, K., Isham, G., Lindquist, T., Nelson, A., O'Connor, P.** The business case for diabetes disease management for managed care organizations. Forum for Health Economics & Policy, 9.1, 2006.
- Berg, M., Bakker, D. de** Meta-analyse: introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. NIVEL: Utrecht, 2003, 6op.
- Dijk, C. van, Rijken, M., Bakker, D. de, Verheij, R., Groenewegen, P., Schellevis, F.** Anders is niet per se beter: kanttekeningen In: Medisch Contact, vol. 64, 2009, nr. 22, p.973-976.
- Haan, A. de** Keten zorg, het faillissement van Salland Verzekeringen als regisseur van de zorg. Master thesis Faculteit Management en Bestuur Universiteit Twente, 2009.
- Hansen, J., Greuning, M. van, Batenburg, R.S.** Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn: achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingsstudie. Utrecht: NIVEL, 2010, 101 p.
- LOVE (Landelijk Overleg Versterking Eerste Lijn)** Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg. Den Haag, VWS, 2004.
- NMa/NZa** Richtsnoeren zorggroepen. 2010.
- NZa** Beleidsregel Prestatiebesteding multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (CV-7000-5.0.-1), 2010
- Rechtbank Utrecht** Vonnis in kort geding 15 november 2010 Meditta B.V. versus Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.
- Heijmans, M., Spreeuwenberg, P., Rijken, M.** Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2010. Utrecht: NIVEL, augustus 2010.
- Struijs, J.N., de Bruin, S.R., Baan, C.A.** Vijf vragen over zorgstandaarden, Medisch Contact 65 (38) 23 september 2010, pp.1902-1906.
- Struijs, J.N., Til, J.T. van, Baan, C.A.** Experimenteren met de keten-dbc diabetes De eerste zichtbare effecten. Bilthoven. RIVM, 2009.
- Til, J.T. van, Wildt, J.E. de, Struijs, J.N.** De organisatie van zorggroepen anno 2010. Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Bilthoven, RIVM, 2010.
- Venema, B.** Contractual agreements for Diabetes II treatment in the Netherlands. Internship report Management, Policy-analysis and Entrepreneurship in Health and Life Sciences. Vrije Universiteit Amsterdam, 2010.
- Vrijhoef, B.** Chronisch zieken hebben de toekomst. Oratie Universiteit van Tilburg, 5 november 2010.
- Wildt, J.E. de, Kommer, K.** Machtsmisbruik zorggroepen niet aangetoond. De Eerstelijns, 2, 9, 2010, p. 25-28.

# Bijlage 1

## Brief minister instelling commissie

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> 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 Bekostiging<sup>1</sup> 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-doorkennende 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.

---

<sup>1</sup> 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 overgangsperiode) 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 overgangsperiode (drie jaar) adviseren aan de minister of de overgangsperiode 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 overgangsperiode 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?

- 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 artskenkeuze? 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 beantwoord, 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 'haarvaten 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 dd 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 Universiteit 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

## Bijlage 3

# Afkortingen

**BMI** Body Mass Index

**COPD** Chronic Obstructive Pulmonary Disease

**CVA** Cerebro Vasculair Accident

**CVRM** Cardio Vasculair Risico Management

**DBC** Diagnose Behandeling Combinatie

**EMD** Elektronisch Medisch Dossier

**GEZ** Geïntegreerde Eerstelijns Zorg

**HIS** Huisartsen Informatie Systeem

**ICT** Informatie- en Communicatie  
Technologie

**KIS** Keten Informatie Systeem

**LOVE** Landelijk Overleg Versterking  
Eerstelijnszorg

**LVG** Landelijke Vereniging Georganiseerde  
eerste lijn

**MDS** Minimale Data Sets

**M&I** Modernisatie & Innovatie

**NDF** Nederlandse Diabetes Federatie

**NHG** Nederlands Huisartsen Genootschap

**NIVEL** Nederlands instituut voor onderzoek  
van de gezondheidszorg

**NMa** Nederlandse Mededingingsautoriteit

**NVD** Nederlandse Vereniging van Diëtisten

**NZa** Nederlandse Zorgautoriteit

**PACIC** Patient Assessment of Chronic  
Illness Care

**RIVM** Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu

**RVZ** Raad voor Volksgezondheid en Zorg

**UVIT** Univé, VGZ, IZA, Trias

**VRM** Vasculair risicomanagement

**VWS** Ministerie van Volksgezondheid, Wel-  
zijn en Sport

**Wmo** Wet maatschappelijk ondersteuning

**ZiZo** Zichtbare Zorg





Januari 2011

**Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging**

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

Telefoon 070 349 52 24

[eib@zonmw.nl](mailto:eib@zonmw.nl)