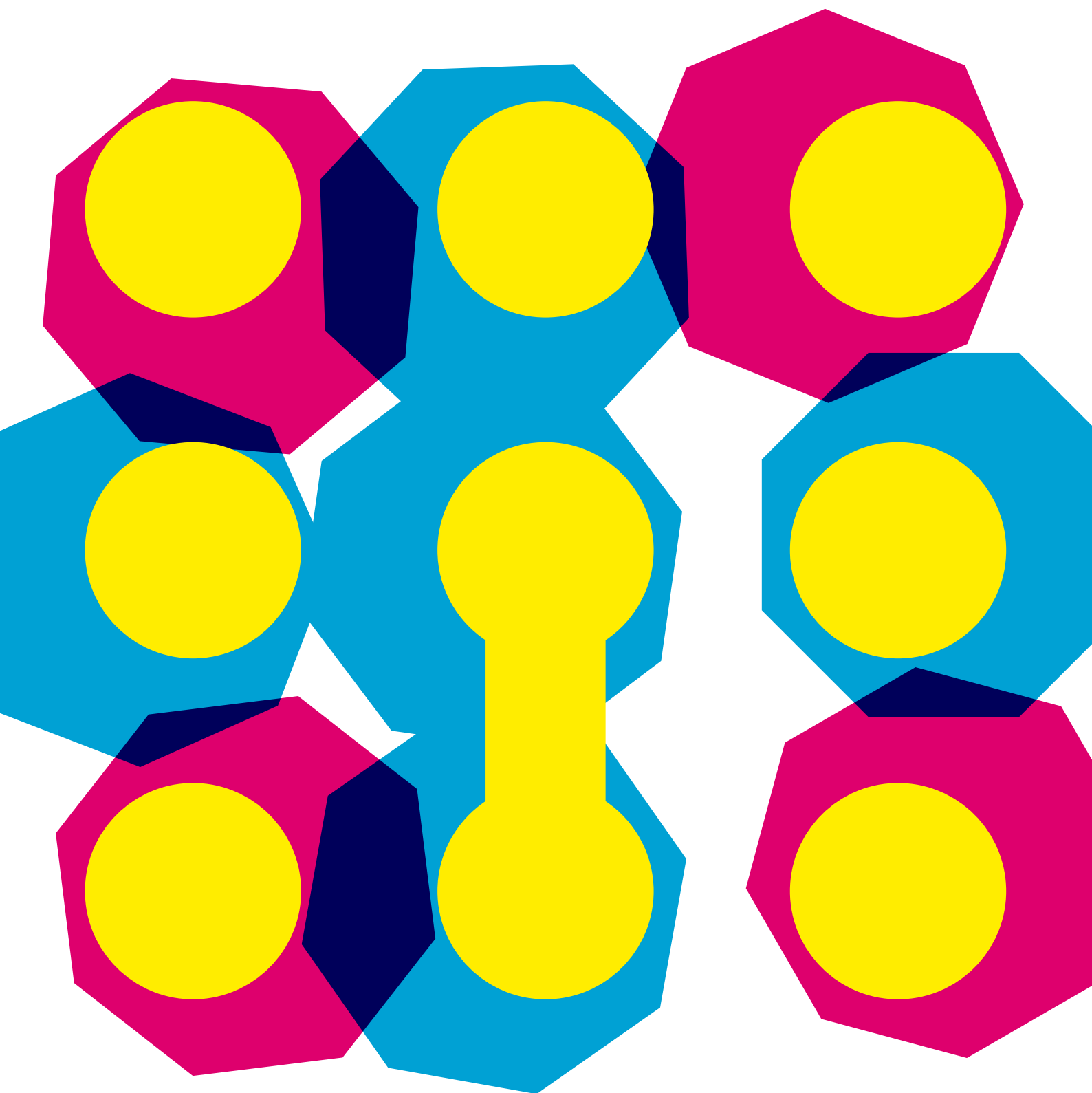


Monitoring Integrale Bekostiging
Zorg voor Chronisch Zieken

**Tweede rapportage van de
Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging**



Evaluatiecommissie
Integrale Bekostiging



Monitoring Integrale Bekostiging
Zorg voor Chronisch Zieken

**Tweede rapportage van de
Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging**

Januari 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)

Samenvatting

Dit is de tweede rapportage van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Gerapporteerd wordt over eerste ervaringen met integrale bekostiging in de zorg voor diabetes, vasculair risicomanagement (VRM) en COPD bijna twee jaar na invoering. De Evaluatiecommissie baseert zich daarbij op de resultaten van stakeholdersbijeenkomsten en eerste empirische onderzoeken. Vanuit de perspectieven van patiënten, verzekeraars, zorggroepen, zorgverleners en toezicht-houders is gekeken naar de vraag in hoeverre aan de randvoorwaarden voor het verder invoeren van integrale bekostiging is voldaan, of de geplande doelen zijn gehaald en welke al dan niet gewenste neveneffecten optreden.

Positief is dat op het terrein van een aantal randvoorwaarden vorderingen zijn gemaakt. COPD en VRM worden nu meer gecontracteerd, er wordt gewerkt aan de ICT-problemen en transparantie en de samenwerking in de eerste lijn en met specialisten komt steeds meer op gang. Zorggroepen en zorgverleners rapporteren reeds positieve bevindingen over de kwaliteit van zorg. Kijkend naar de neveneffecten dan ziet de Evaluatiecommissie geen aanwijzingen voor het op grote schaal misbruik maken van marktmacht door de zorggroepen, ook ziet de Evaluatiecommissie geen uitsluiting van complexe patiënten, evenmin negatieve gevolgen voor de niet integraal bekostigde zorg.

Dat laat onverlet dat er nog veel problemen zijn. De contractering verloopt zeer moeizaam, zowel in de ogen van financiers als hoofdcontractanten en subcontractanten. Veel contracten worden pas halverwege het jaar afgesloten, waardoor er veel onzekerheid is en er voorgefinancierd moet worden. Een belangrijke oorzaak is dat verzekeraars in zijn algemeenheid, en de grootste verzekeraar (i.e. Achmea) in het bijzonder, weinig vertrouwen in het systeem van integrale bekostiging lijken te hebben. Dat gebrek aan vertrouwen heeft te maken met gebrek aan inzicht in wat wordt geleverd voor het per patiënt betaalde bedrag en dus het nog niet voldoende werken van het systeem van transparantie.

De Evaluatiecommissie ziet verder in de relatie tussen hoofdaannemers en onderaannemers dat de diëtist steeds meer plaats moet maken voor de praktijkondersteuner, zonder dat de kwalitatieve gevolgen inzichtelijk worden gemaakt alweer door het nog niet op gang gekomen zijn van het systeem van transparantie.

Een belangrijk probleem dat door alle partijen wordt gedeeld, betreft de (tijdelijke) toename van administratieve lasten, met name ook door het naast elkaar bestaan van het nieuwe en het oude systeem van bekostiging.

De Evaluatiecommissie constateert dat de rol van de patiënt in de integrale bekostiging nog onvoldoende uit de verf komt. Patiënten ervaren niet dat er sprake is van meer integrale zorg. Zelfmanagement en zorgplannen komen nog weinig van de grond. In zijn algemeenheid lijken patiënten nog nauwelijks bewust te zijn van de veranderingen. De Evaluatiecommissie pleit ervoor de patiënt actiever bij de zorgprogramma's te betrekken en daarbij te kijken naar buitenlandse voorbeelden.

Dit is temeer van belang omdat integrale bekostiging in principe alleen aanstuurt op samenhangende zorg per aandoening. Bij multimorbiditeit kan per aandoening gefinancierde zorg versnipperend werken. Dit probleem is nog niet getackeld. Daar komt bij dat nog niet alle onderdelen in de keten worden gedekt omdat zij niet worden vergoed door de basisverzekering (bijvoorbeeld de fysiotherapie) of niet opgenomen zijn in de integrale bekostiging (bijvoorbeeld de geneesmiddelen).

Deze tweede rapportage geeft tevens een vooruitblik op de medio 2012 te verschijnen eindrapportage. Voor die eindrapportage zal de Evaluatiecommissie de beschikking hebben over de resultaten van een aantal grotere onderzoeken. Daarmee zal de eindrapportage stevig kunnen worden gefundeerd.

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. De periode 2010 tot en met 2012 wordt als een overgangperiode gezien. De Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging is ingesteld om de ontwikkelingen rond integrale bekostiging tijdens de overgangperiode te monitoren. Aan het eind van die periode zal de Evaluatiecommissie minister Schippers adviseren of voldoende aan de randvoorwaarden is voldaan om de overgangperiode te beëindigen. In deze tweede rapportage van de commissie wordt ingegaan op de bevindingen die naar voren zijn gekomen in de periode januari tot en met oktober 2011.

Uitgegaan wordt van de aanpak zoals beschreven in het door de commissie ontwikkelde evaluatiekader (EIB, 2011a). Centraal daarin staat dat de commissie vanuit verschillende perspectieven naar de invoering van integrale bekostiging kijkt: het perspectief van de patiënt (p), van de hoofdcontractant/zorggroep (h), van de zorgverlener/subcontractant (z) en het perspectief van de verzekeraar (v). In het evaluatiekader zijn de volgende vragen geformuleerd, waarbij per vraag is aangegeven vanuit welk perspectief deze zal worden beantwoord:

- 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 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is verantwoordelijk voor uitvoering van het onderzoek ten behoeve van de evaluatiecommissie op basis van de bovenstaande vragen. Het RIVM heeft hiervoor een inventarisatie uitgevoerd van het reeds lopende onderzoek en beschikbare bronnen. Op basis daarvan is de evaluatiecommissie nagegaan in hoeverre beantwoording van bovenstaande vragen uit de verschillende perspectieven mogelijk is. De conclusie was dat er veel onderzoek loopt. Dat wil overigens niet zeggen dat definitieve antwoorden op de onderzoeksvragen binnen de termijn van de commissie kunnen worden verwacht. Veel effecten, bijvoorbeeld op kosten en kwaliteit, en ook veel neveneffecten, zullen pas op langere termijn zichtbaar worden. De commissie zal slechts het korte termijnbeeld kunnen schetsen. Het merendeel van het onderzoek richt zich voorts op diabetes gevolgd door Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), over cardiovasculair risicomanagement is nog maar weinig onderzoek. Er zijn twee aanvullende acties ingezet om het korte termijnbeeld te kunnen completeren. In de eerste plaats zijn, om de perspectieven van de verschillende stakeholders voldoende tot hun recht te laten komen, stakeholdersbijeenkomsten georganiseerd. Vanuit elk van de benoemde perspectieven één en daarnaast één vanuit het perspectief van de toezichthouders. Deze gesprekken hebben in juni 2011 plaatsgevonden. De bevindingen uit deze gesprekken zijn gerapporteerd in bijlage 1 en zijn verwerkt in de onderhavige rapportage.

De tweede actie betreft een analyse van gegevens van Vektis waarin met name vraag 1b, over de effecten van integrale bekostiging op de kosten van zorg in de eerste en tweede lijn, voor zover mogelijk binnen de zittingsperiode van de commissie, wordt beantwoord met gegevens over declaraties bij zorgverzekeraars. Daarbij wordt ook vergeleken met andere bekostigingssystemen voor de chronische zorg, zoals het koptarief. In bijlage 2 is een samenvatting van de opzet van dit deelonderzoek opgenomen. De resultaten van deze exercitie worden opgenomen in de medio 2012 te verschijnen eindrapportage van de commissie.

De conclusie van de begin dit jaar verschenen eerste rapportage was dat er aan het eind van het jaar waarin integrale bekostiging voor een drietal aandoeningen werd geïntroduceerd nog veel vragen open stonden (EIB, 2011b). Dit zowel met betrekking tot de hoofdeffecten als de al dan niet gewenste neveneffecten. Wel duidelijk was dat de invoering van integrale bekostiging minder hard ging dan voorzien. Voor een deel werd dit geweten aan het feit dat 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 de vrees voor dubbele bekostiging leidt tot veel administratieve last.

De eerste rapportage was, doordat onderzoeksmateriaal nog niet voorhanden was, voor een belangrijk deel gebaseerd op eigen waarnemingen van leden van de commissie. In deze tweede rapportage is meer materiaal voor handen. De stakeholdersbijeenkomsten verbreden het perspectief van de commissie naar alle stakeholders. Onderzoeken waar de huidige rapportage op gebaseerd is betreffen:

- onderzoek van de Adviesgroep Ketenzorg naar de problemen bij contractering (Adviesgroep Ketenzorg, 2011);

- NIVEL-onderzoek op gegevens uit het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH), de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg en het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) (Van Dijk et al, 2012);
- resultaten van internetenquêtes van het NIVEL onder subcontractanten, met name onder fysiotherapeuten (Janssen et al, 2012) en diëtisten (Tol et al, 2012).

Voor een deel betreft het hier (nog) niet gepubliceerd materiaal. Daarnaast is er ook nog veel lopend onderzoek waarvan wordt verwacht dat dat beschikbaar is voor de eindrapportage van de commissie die in de zomer van 2012 beschikbaar zal komen. De belangrijkste van deze lopende onderzoeken zijn in kaders weergegeven op de meest relevante plek in de rapportage.

2 Ervaringen na bijna twee jaar integrale bekostiging

2.1 Zijn randvoorwaarden vervuld?

In de opdrachtbrief van de minister aan de Evaluatiecommissie speelt de vraag in hoeverre aan de randvoorwaarden is voldaan een belangrijke rol. De Evaluatiecommissie dient aan het eind van de driejaarsperiode te adviseren of de overgangperiode, waarin integrale bekostiging naast reguliere vormen van bekostiging bestaat, kan worden beëindigd. De Evaluatiecommissie 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 bij-effecten uitblijven.

In het Evaluatiekader (EIB, 2011a) 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

Voor de integraal bekostigde aandoeningen zijn zorgstandaarden beschikbaar. De zorgstandaard voor obesitas is begin 2011, ongeveer gelijktijdig met de eerste rapportage, gereed gekomen. Ook zijn zorgstandaarden in ontwikkeling voor depressie, artrose, dementie, astma, Cerebro Vasculair Accident (CVA) en kanker. In de eerste rapportage begin 2011 werd geconstateerd dat het proces van ontwikkeling van standaarden traag verloopt. Nu, bijna een jaar later blijkt dat in de tussentijd geen nieuwe standaarden tot stand zijn gekomen. Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden meldt wel nieuwe ontwikkelingen. Zo is de zorgstandaard voor astma bij kinderen en voor dwarslaesie in

ontwikkeling gekomen en zijn er zo'n 20 groeperingen met zorgstandaarden aan de slag. Vorig jaar constateerden wij al dat de verbinding tussen zorgstandaard en integrale bekostiging een belemmerende factor voor de totstandkoming van zorgstandaarden is, omdat de bij de ontwikkeling betrokken partijen negatieve financiële consequenties verwachten. Op de achtergrond spelen ook domeindiscussies tussen disciplines. De oprichting van het Kwaliteitsinstituut, dat de wettelijke bevoegdheid krijgt tot het initiëren van standaarden, kan mogelijk een versnelling teweeg brengen.

Bij het toepassen van zorgstandaarden voor bekostiging treden ook in de praktijk problemen op. De zorgstandaarden laten in beginsel open wat er per persoon dient te gebeuren. Dit dient juist op maat van de persoon te worden vastgesteld, liefst in een individueel zorgplan. Vanuit financieringsoogpunt is echter inzicht gewenst in wat wordt geleverd tegen de daarvoor betaalde prijs, ook om na te gaan of geen dubbele bekostiging optreedt. Dit laatste wordt bevestigd in de stakeholdersbijeenkomsten waarin sommige verzekeraars aangeven dat zij inzicht missen dat zij voorheen op basis van de declaraties wel hadden. Ook werd (door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ)) aangegeven dat in de zorgstandaarden onvoldoende wordt ingegaan op de minimaal benodigde deskundigheid. Dit is waar onderaannemers over klagen omdat dit volgens hen er toe leidt dat in de integrale bekostiging voedingsvoorziening van onvoldoende kwalitatief niveau wordt geleverd.

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. Dit is in tegenspraak met het vrij open karakter van de zorgstandaarden.

Een ander punt 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 aanstaande verwijdering van dieetadvisering uit het verzekerde pakket zijn de integraal bekostigde aandoeningen overigens uitgezonderd.

In de eerste rapportage constateerden wij problemen in de regelgeving ten aanzien van integrale bekostiging. Met name rond de implementatie van Minimale Datasets. Er was nog onvoldoende draagvlak voor, zeker bij COPD en Vasculair Risico Management (VRM). Ook waren 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. Op dit vlak zijn sindsdien geen noemenswaardige ontwikkelingen te melden.

In brede zin werden afgelopen jaar ICT-problemen gerapporteerd, zowel op het terrein van het vastleggen van informatie (zowel in ketensystemen als in monodisciplinaire systemen) als het

extraheren van managementinformatie. 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). Zo zijn voor de KIS-en Portavita en Vital-health 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 praktijk. 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 (bijvoorbeeld het initiatief van regionale datacentra en www.nivel.nl/mijnpraktijk) en wordt gewerkt aan standaardisering. Al met al lijkt hier vooral sprake van kinderziektes.

Contractering

In de eerste rapportage van de Evaluatiecommissie werd geconstateerd dat van de in de beleidsmaatregel integrale bekostiging opgenomen aandoeningen alleen diabetes op grote schaal werd gecontracteerd. COPD en vooral VRM werden nog veel minder gecontracteerd. Hierbij speelden verschillen in beleid tussen verzekeraars met aan het ene uiterste CZ, die alledrie de aandoeningen contracteerde, en aan de andere kant Achmea, die alleen diabetes volgens integrale bekostiging financierde. Dit leidde tot problemen in regio's waar de dominante verzekeraar volgens integrale bekostiging contracteert en andere verzekeraars niet volgen.

Op basis van enquêteonderzoek door de Adviesgroep Ketenzorg en de stakeholdersgesprekken is een update van de situatie rond de contractering te geven. Uit de enquête in mei 2011 waarop 67 van de ruim 100 zorggroepen respondeerden bleek dat diabetes inderdaad door alle zorggroepen werd gecontracteerd, maar dat bij COPD en VRM de contractering nog achterbleef. Er zijn weliswaar meer contracten afgesloten dan in het eerste jaar (in totaal 24 voor COPD en 11 voor VRM en nog een aantal in voorbereiding), het blijft toch een minderheid (Adviesgroep Ketenzorg, 2011).

Onrustbarend was dat uit deze enquête 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. Dat betekent dat zorggroepen voor de keus stonden de zorgprogramma's op te schorten of voor 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 (verzekeraar legt eenzijdig format op, weigert een bod voor de prijs neer te leggen, te onderhandelen of reageert niet op het aanbod) of met door zorgverzekeraars gevraagde transparantie (over de begroting of gevraagde patiëntgegevens).

In de stakeholdersbijeenkomsten bevestigen de zorggroepen dit beeld. Benadrukt worden de problemen als verre verzekeraars niet volgen waardoor binnen regio's totaal verschillende financieringsregimes naast elkaar bestaan wat tot een onacceptabel grote complexiteit leidt. Verzekeraars herkennen zich ook in het beeld dat de contractering traag verloopt maar zeggen dat daar goede redenen voor zijn. Problemen die zij noemen zijn de hoogte van de overheadkosten die de zorggroepen in rekening brengen, gebrek aan transparantie van zorggroepen jegens verzekeraars, en het uiteenlopen van offertes tussen zorggroepen. Met betrekking tot VRM bestaan bij alle zorgverzekeraars aarzelingen. Redenen die worden genoemd voor het niet contracteren van VRM zijn de aanzienlijke verschillen op dit gebied tussen zorgaanbieders en de globale en ruim geformuleerde beleidsregels van de NZa, waardoor ze zowel voor zorggroepen als zorgverzekeraars weinig houvast bieden. Ook worden verschillen in professionaliteit tussen zorggroepen gerapporteerd wat de inkoop van zorg met een uniforme, goede kwaliteit bemoeilijkt.

Verzekeraar Achmea geeft aan meer te zien in een 'koptarief' (een opslag op de reguliere tarieven voor management van de ketenzorg) dan in integrale bekostiging, hoewel zij diabetes wel volgens integrale bekostiging contracteert. Belangrijkste redenen zijn het gebrek aan inzicht in wat wordt

geleverd door het ontbreken van afzonderlijke declaraties en het feit dat met name in de regio Zwolle goede resultaten zijn geboekt met via koptarief gefinancierde ketenzorg.

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 en dergelijke). Bij de zorgverzekeraars ligt het wel fundamenteeler. De grootste verzekeraar wil ketenzorg liever via een 'koptarief' bekostigen.

In het najaar van 2011 vindt een '2-meting' onder de zorggroepen plaats door het RIVM in samenwerking met de LVG. Dit verschaft een update van basisgegevens van zorggroepen en inzicht in het proces van contractering vanuit het perspectief van de zorggroepen.

'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 kon vorig jaar en op dit moment nog niet worden beantwoord. In de experimenten met keten-DBC's werd al duidelijk dat er sprake was van aanzienlijke prijsverschillen die niet door verschillen in wat wordt geleverd werden verklaard. Een analyse van contracten laat hogere prijzen zien in regio's waar minder zorggroepen zijn en mogelijk dus minder sprake is van concurrentiedruk (Van Dijk 2012b). In de stakeholdersbijeenkomsten zeiden toezichthouders en verzekeraars zich zorgen over de marktmacht van zorggroepen en de dominante positie van huisartsen hierin. Op de markt voor hoofdcontracten speelt zowel aan de kant van de aanbieder als de verzekeraar dat er binnen regio's vaak sprake is van weinig concurrentie doordat één zorggroep of één verzekeraar een dominante positie inneemt. Verwijten over de wijze waarop die macht gebruikt wordt, zijn er over en weer (zie ook onder 'Contractering').

Zowel aan de kant van verzekeraars als aanbieders speelt ook dat er weinig ervaring is met de feitelijke kosten en wat daarvoor geleverd moet worden, zo blijkt uit de stakeholdersbijeenkomsten. Het lijkt met name een probleem te zijn bij het contracteren van VRM waar het op voorhand moeilijk is de omvang van de groep waarom het precies gaat vast te stellen.

Ook onder de subcontractanten bestaat zorg 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. Hiervan is echter tot op heden weinig gebruik gemaakt. In een door de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) in 2010 gehouden enquête rapporteerde 80% van de diëtisten een uurtarief van de zorggroep te hebben ontvangen rond of boven het tarief dat door zorgverzekeraars wordt betaald voor dieetadvisering via de basisverzekering (Bakker, 2010). Onderzoek onder een representatieve steekproef van diëtisten in 2011 laat zien dat twee derde van hen deelneemt aan een zorgprogramma, dat in vrijwel alle gevallen via integrale bekostiging is gefinancierd. In vrijwel alle gevallen gaat het om diabetes, terwijl ruim een kwart van de diëtisten dat aan zorgprogramma's deelneemt ook een contract voor COPD en VRM heeft. Ruim een kwart is ontevreden over het proces van contractering en ook ruim een kwart is ontevreden over het tarief. Het uurtarief voor diëtetiek was in 2008 wettelijk bepaald op € 56,80 en is sinds 2009 vrij onderhandelbaar. In 2011 krijgt 18% van de diëtisten minder dan € 55 betaald en 36% € 60 of meer (Tol et al, 2012).

Een gelijksoortig, landelijk representatief, onderzoek onder fysiotherapeuten laat zien dat 24% van hen deelneemt aan een zorgprogramma in 2011. Daarvan gaat het in 69% van de gevallen om

diabetes, 75% om COPD en 31% om vasculair risicomanagement. Slechts 19% van hen heeft een direct contract met de zorggroep, 35% heeft een contract met een zorgverzekeraar, 27% heeft een contract met een monodisciplinaire groep van fysiotherapeuten (die op haar beurt een contract heeft met de zorggroep of de verzekeraar) en bij 27% is de samenwerking niet contractueel vastgelegd. Zowel fysiotherapeuten als diëtisten is gevraagd naar voor- en nadelen van integrale bekostiging. Voordelen zien zij vooral in een betere afstemming van de eerstelijnszorg (61% van de fysiotherapeuten en 40% van de diëtisten vindt dat), toename van de kwaliteit van zorg (43% respectievelijk 20%) en meer monodisciplinaire samenwerking (27% respectievelijk 16%). Veel gerapporteerde nadelen zijn afname van keuzevrijheid voor patiënten (58% respectievelijk 19%), beperkte keuzevrijheid van behandelmethode (49% respectievelijk 10%), overname zorg door andere disciplines (beide 30%), afname van inkomsten (21% respectievelijk 24%), problemen bij patiënten met comorbiditeit (beide 37%) en toename van administratieve lasten (59% van de diëtisten rapporteert dit) (Tol et al, 2012).

Al met al komt er geen beeld van massaal misbruik van marktmacht naar voren uit deze gegevens. De diëtisten zijn wel negatiever dan de fysiotherapeuten, wat aansluit bij de constatering dat een verschuiving in de richting van praktijkondersteuners optreedt.

De NZa gaat in het kader van een marktscan ketenzorg de contracten begin 2012 inventariseren, zodat de resultaten daarvan kunnen worden meegenomen bij de eindrapportage van de commissie.

Samenwerking op gang gekomen?

In de stakeholdersbijeenkomsten geven de zorggroepen aan dat de zorggroepen hebben gezorgd voor een versterking van de organisatiekracht in de eerste lijn die noodzakelijk is om substitutiebewegingen op te vangen. Daarnaast hebben zij gezorgd voor de organisatie van verbetering van kwaliteit op een veel grotere schaal en met meer impact dan gebruikelijk was vóór de komst van zorggroepen. Volgens één zorggroep heeft de oprichting van de zorggroep in zijn regio ertoe geleid dat niet alleen huisartsen, maar alle disciplines in de eerste lijn zich actief opstellen. Doordat de verschillende disciplines beter met elkaar samenwerken, is de informatie beter beschikbaar en komt zij sneller beschikbaar. Ook wordt door één zorggroep aangegeven dat er op basis van kwaliteit contractuele afspraken met ziekenhuizen en in het bijzonder met internisten zijn gemaakt, zonder dat discussie over de domeinen ontstond.

Bij de subcontractanten, patiëntenorganisaties en verzekeraars is het antwoord op de vraag of integrale bekostiging de samenwerking bevordert heeft meer wisselend. Sommige subcontractanten geven aan dat integrale bekostiging de samenwerking heeft gesterkt: 'mensen zoeken elkaar op en weten elkaar steeds beter te vinden'. Andere subcontractanten geven aan dat het in sommige regio's goed gaat en in andere niet. Zij stellen dat in regio's waar met integrale bekostiging wordt gewerkt, sprake is van een betere samenwerking totdat er financieringsproblemen ontstaan (mede ontstaan door pakketwijzigingen). De zorg bestaat dat door de integrale bekostiging relatief veel aandacht gaat naar de aanlevering van gegevens en het sluiten van contracten in plaats van naar het bevorderen van de kwaliteit van zorg.

Verzekeraars en patiëntenorganisaties geven aan dat integrale bekostiging een middel kan zijn om samenhang te bevorderen, maar dat er ook andere methoden zijn.

Een voorbeeld hoe integrale bekostiging bestaande samenwerking kan doorkruisen, werd ook in de stakeholdersbijeenkomsten gegeven. Zo werden in enkele Haagse gezondheidscentra de diëtisten in het centrum gepasseerd ten faveure van door de zorggroep (waar de artsen in het gezondheidscentrum lid van waren) gecontracteerde diëtetiek.

In zijn algemeenheid zijn er aanwijzingen dat een verschuiving van zorg plaatsvindt van de diëtist naar de praktijkondersteuner. Onderzoek onder leden van het NPCG laat zien dat het gebruik dat diabetes van de diëtist maken bij zorggroepen die integraal bekostigd werden afnam in vergelijking tot patiënten waarvoor de zorg niet integraal werd bekostigd. Eenzelfde trend zien we op basis van gegevens uit het LINH waarin patiënten waarvan de zorg integraal wordt bekostigd minder naar de diëtist werden verwezen. Beide onderzoeken zijn op kleine aantallen gebaseerd maar wel significant en beide in dezelfde richting (Van Dijk et al, 2012a). Vervolgonderzoek is nodig om betrouwbaarder uitspraken te kunnen doen.

De geconstateerde verschuiving van zorg van de diëtist naar de praktijkondersteuner hoeft 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 praktijkondersteuner nog niets bekend is. Dat is zorgwekkend evenals het feit dat soms bestaande samenwerking wordt doorkruist, terwijl integrale bekostiging juist bedoeld is om deze te stimuleren.

De rol van de patiënt

In de eerste rapportage concludeerden wij dat de rol van de patiënt nog maar beperkt is. Ook was nog weinig bekend over de vraag in hoeverre aandacht wordt besteed aan zelfmanagement en gebruik wordt gemaakt van zorgplannen.

In de stakeholdersbijeenkomsten rapporteren patiëntenorganisaties dat zij van hun leden niet of nauwelijks klachten over integrale bekostiging krijgen over bijvoorbeeld beperking van keuzevrijheid. De indruk bestaat dat patiënten nog nauwelijks merken dat zij zijn opgenomen in een zorgprogramma dat op een andere manier wordt bekostigd dan voorheen.

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie is een meldactie aan het entameren over de ervaringen van patiënten met programmatische chronische zorg.

Op basis van gegevens uit het NPCG worden eerste ervaringen van patiënten met integraal bekostigde zorg gerapporteerd. Daarin bleek dat in vergelijking tot twee jaar ervoor nog niet zoveel te zijn veranderd, met uitzondering van de al gerapporteerde verschuiving van diëtist naar praktijkondersteuner (Van Dijk et al, 2012a). 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, 2011) verschilde weinig tussen wel en niet integraal bekostigde zorg aan patiënten. Wel voelden integraal bekostigde patiënten zich iets meer betrokken bij de zorg. Er bleek geen verschil in uitgevoerde zelfmanagementtaken. Patiënten gaven overigens aan weinig behoefte te hebben aan (extra) hulp of ondersteuning bij zelfmanagementtaken. Een recente overzichtstudie 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 ontplooiën 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 diseasesmanagement-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).

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 van zorg die wordt geleverd belangrijk. Maar ook de verschuivingen naar goedkopere vormen van zorg (zoals we dat zien van de diëtist naar de praktijkondersteuner) roepen vragen ten aanzien van de kwaliteit ervan op. Vorig jaar constateerden wij dat het daarom zorgelijk is dat de transparantie nog maar in beperkte mate van de grond komt. Afgelopen jaar is op dit terrein geen zichtbare vordering geweest. Dit is dus nog steeds zorgelijk. Eén van de knelpunten bij de contractering betreft ook de transparantie in de kwaliteit van de zorg.

In het najaar van 2011 vindt een uitvraag plaats van de diabetesindicatoren bij de Zorggroepen met financiering door ZiZo waarbij onder regie van LVG en de Adviesgroep Ketenzorg via de regionale datacentra gegevens worden opgevraagd. Dit zal mogelijk inzicht bieden in hoeverre van transparantie sprake kan zijn.

De vraag in hoeverre aan de randvoorwaarden is voldaan, is in deze paragraaf beschreven. We zien dat op sommige onderdelen verbetering is waar te nemen, maar we zien ook dat het zeker nog niet zo is dat alle seinen op groen staan om de geplande effecten te kunnen verwachten. Een belangrijk aandachtspunt vinden wij het verbeteren van de transparantie in de kwaliteit van zorg.

2.2 Treden de geplande effecten op?

Tot op heden is nog weinig te zeggen over de vraag in hoeverre de geplande effecten, verbetering van de kwaliteit en reductie van de kosten, is bereikt. Dat komt in de eerste plaats doordat veel veranderingen al in gang waren gezet (bijvoorbeeld inzet praktijkondersteuners, experimenten, andere financieringsregelingen) voordat de integrale bekostiging werd ingevoerd, waardoor een voor/na-vergelijking mank gaat. De stakeholdersbijeenkomsten laten ook zien dat succesvolle groepen vaak al jaren bezig waren. 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. Dit verschilt ook per aandoening. Binnen de termijn waarin de evaluatiecommissie haar werk doet (twee en een half jaar), kunnen dan ook moeilijk eventuele effecten worden waargenomen.

Zorgverzekeraars zien nog geen positieve effecten van integrale bekostiging op de kosten van zorg. Een zorgverzekeraar geeft aan dat zij jaarlijks verlies leidt op de ketenzorg en heeft daarom het

stimuleren van ketenzorg getemporiseerd. Deze verzekeraar stelt dat hij het geloof in integrale bekostiging dreigt te verliezen indien resultaten uitblijven. Individuele zorggroepen laten daarentegen wel resultaten zien. Zo rapporteert Het Huisartsteam dat in drie jaar tijd het percentage diabeten dat volgens de zorgstandaard wordt behandeld is toegenomen van 30% naar 90%, waardoor een op de drie diabetespatiënten gewicht en cholesterolgehalte betere onder controle is (Het Huisartsteam, 2010). Belangrijk is dat een en ander wordt bevestigd in grootschaliger onderzoek.

Op initiatief van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging voert het RIVM onderzoek uit naar de effecten van de invoering van integrale bekostiging op de kosten van zorg.

De volgende onderzoeksvragen staan daarbij centraal:

- 1 Wat is het effect van de invoering van zorgprogramma's voor diabetes, COPD en VRM op de macrokosten van de zorg?
- 2 Wat is het effect van de invoering van Integrale Bekostiging van zorgprogramma's voor diabetes, COPD en VRM op de macrokosten van de zorg?
- 3 In hoeverre heeft de invoering van zorgprogramma's en integrale bekostiging geleid tot een verminderde instroom van patiënten naar het ziekenhuis?
- 4 In hoeverre heeft de invoering van zorgprogramma's en integrale bekostiging geleid tot een toenemende instroom van patiënten in zorgprogramma's voor diabetes en/of COPD?

Gegevens van Vektis over de periode 2007 tot en met 2010 worden gebruikt bij deze exercitie. Een vergelijking wordt gemaakt met 'usual care' en waar mogelijk ook met via een koptarief gefinancierde ketenzorg.

Effecten op kwaliteit

We gaven al aan dat gegevens over kwaliteitsverbetering als gevolg van integrale bekostiging vaak pas op lange termijn kunnen worden verwacht.

Gegevens uit het NPCG laten zien dat patiënten die integraal bekostigde zorg ontvangen, vaker contact met de praktijkondersteuner en podotherapeut hebben en minder vaak met de diëtist en de oogarts. Er blijkt geen verschil in de inhoud van de contacten (bijvoorbeeld in termen van uitgevoerde controles of gegeven leefstijladviezen) tussen praktijken met patiënten die integraal bekostigde zorg ontvangen versus praktijken waarvan de chronische zorg niet integraal wordt bekostigd. Er vinden dus verschuivingen in de zorg plaats met mogelijke kwalitatieve effecten. Gegevens uit hetzelfde panel geven, zoals eerder gemeld, geen verschillen op scores PACIC aan. Patiënten ervaren dus niet dat sprake is van meer of minder integrale zorg. Informatie kan ook verwacht worden uit de reeds genoemde uitvraag van indicatoren bij de zorggroepen en uit de vervolgevaluatie keten-DBC's (zie kader) (Van Dijk et al, 2012a).

Voorafgaand aan de invoering van integrale bekostiging is geëxperimenteerd met keten-DBC's voor diabeteszorg in 10 zorggroepen. Deze experimenten zijn destijds geëvalueerd door het RIVM met als belangrijkste uitkomsten dat op procesindicatoren verbetering werd geconstateerd maar niet op uitkomstindicatoren. Bij de desbetreffende zorggroepen is door het RIVM een follow-up studie uitgevoerd waarvan de resultaten begin volgend jaar worden verwacht. Deze geven een indicatie van de langere termijn kwaliteitseffecten van de invoering van integraal bekostigde zorg voor diabetes.

Internationaal vergelijkend onderzoek over de effecten van de invoering van diseasemanagement komt begin 2012 beschikbaar uit het DISMEVAL-project. In dit EU-project wordt het bewijs in zeven Europese landen getest en geëvalueerd.

(DISMEVAL, 2011)

2.3 Neveneffecten

In het door de commissie opgestelde evaluatiekader zijn een aantal mogelijke neveneffecten benoemd. Per mogelijk neveneffect gaan wij na of er in het afgelopen jaar nieuwe bevindingen zijn gedaan en, zo ja, welke.

— 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. 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 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. Het eerder genoemde geval van de diëtisten in het Haagse gezondheidscentrum is daar een voorbeeld van. Vorig jaar zagen we in zijn algemeenheid op grond van de Monitor Samenwerkingsverbanden in de Eerste Lijn van het NIVEL dat er een opgaande lijn zit in multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn. Dit jaar zijn er geen nieuwe bevindingen.

In het eerste kwartaal van 2012 vindt een nieuwe ronde van de monitor samenwerkingsverbanden van het NIVEL plaats in samenwerking met het Jan van Es Instituut.

— Effect op samenhang in de zorg voor de patiënt

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 als deze per aandoening wordt bekostigd. Zo is het de vraag of alle zorggroepen ook alle integraal bekostigde zorgprogramma's gaan uitvoeren of dat verschillende programma's worden uitgevoerd

door (deels) verschillend samengestelde zorggroepen, waardoor de zorg voor patiënten met multimorbiditeit versnipperd kan raken. Dan zou de patiënt voor de ene aandoening naar een andere zorgverlener moeten dan zijn reguliere, waardoor het overzicht verloren gaat. Dit is betrekkelijk onwaarschijnlijk voor de huisarts maar voor andere eerstelijnszorgverleners kan dit al voorkomen. Minder onwaarschijnlijk is versnippering van de dossiers. Het EMD van de huisarts biedt op dit moment overzicht over het totaal van de zorg. Vorig jaar constateerden wij dat de KIS-en niet gekoppeld waren aan de huisartsdossiers (laat staan aan dossiers van andere eerstelijnszorgverleners) wat het risico op versnippering van de informatie van de patiënt zou kunnen inhouden tenzij dubbel wordt ingevoerd wat weer een extra administratieve last betekent. Eerder constateerden we al dat dit probleem aan het verminderen is door een betere koppeling van HIS-en en KIS-en. Bovenstaande risico's kleven niet zozeer aan het introduceren van ketenzorg als zodanig. Het tot stand brengen van goed samenhangende zorg voor patiënten begint met het per aandoening goed organiseren van die zorg. Het risico van versnippering treedt echter op als de bekostiging ook per aandoening gaat plaatsvinden.

We rapporteerden hierboven al over het feit dat integraal bekostigde diabetespatiënten niet minder integrale zorg ervaren. Dit zou er op kunnen duiden dat patiënten met multimorbiditeit (de meerderheid van de diabeten) geen negatieve effecten ondervinden van het per aandoening gefinancierd zijn van de zorg (Van Dijk et al, 2012a). Gegevens uit het LINH laten zien dat diabetespatiënten die integraal bekostigde diabeteszorg ontvangen meer contacten hebben met de huisartsenpraktijk dan diabetespatiënten waarvan de zorg niet integraal is bekostigd, niet alleen directe contacten voor diabetes maar met name ook voor diabetesgerelateerde problematiek. Dit wijst erop dat er meer aandacht is voor de diabetesgerelateerde comorbiditeit (Van Dijk et al, 2012a).

In het najaar van 2011 zijn weer vragen gesteld in het NPCG over de ervaren kwaliteit van zorg. Deze zullen in het voorjaar van 2012 worden gerapporteerd.

— 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 dit óf extra administratieve last óf suboptimaal werken van het systeem van transparantie. De 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 belemmeren, als bijvoorbeeld geen goede informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg beschikbaar komt. Daarom is het van belang daarop te blijven monitoren of deze transparantie tot stand komt.

Duidelijk is dat het probleem van de ICT-systemen in 2011 nog niet is opgelost.

In algemene zin zullen de administratieve lasten zowel voor verzekeraar als aanbieder zijn toegelaten 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.

De stakeholdersbijeenkomsten geven goed zicht op de administratieve last. Met name het probleem van twee systemen naast elkaar (koptarief en integrale bekostiging) geeft problemen voor zorggroepen. 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.

— 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 zorgprogramma's volgens de zorgstandaard worden aangeboden en voor andere niet. In de tweede plaats kunnen patiënten worden beperkt in hun keuze van artsen of andere zorgverleners doordat er selectief wordt ge(sub)contracteerd. 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 uit 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 risicomanagement en COPD is het nog vroeg om hier uitspraken te doen. Uit onderzoek onder 14 huisartsenpraktijken die deelnemen aan het LINH bleek dat van de bijna 800 diabetespatiënten in de praktijk er slechts 9 waren die niet in de integrale bekostiging waren opgenomen. Er lijkt dus nauwelijks sprake te zijn van uitsluiting van (complexe) patiënten (Van Dijk et al, 2012a).

Er komen lichte aanwijzingen uit zowel NPCG als LINH dat integrale bekostiging in stedelijke gebieden en met name achterstandswijken minder goed van de grond komt. In een van de stakeholders-bijeenkomsten was ook een dergelijk geluid te horen (al werd dit ook tegengesproken). 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.

— 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 aandoeeningen 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). 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 aandoeeningen, bijvoorbeeld tot uiting komen in een moeizamer toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk. Daarom wordt hierop gemonitord.

Bevindingen over het jaar 2010 uit het LINH laten zien dat er geen of nauwelijks sprake is van een effect van integrale bekostiging op zorggebruik van niet integraal bekostigde zorg aan patiënten (Van Dijk, 2012a). 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 zijn er dus geen aanwijzingen dat de 'rest' van de zorg te lijden heeft onder de integrale bekostiging.

3 Conclusie

Vorig jaar constateerden wij dat er nog veel vragen open staan en dat de invoering minder hard liep dan verwacht. De eerste rapportage was door het nog ontbreken van onderzoeksgegevens grotendeels gebaseerd op waarnemingen van commissieleden. In deze tussenrapportage is het perspectief verbreed doordat stakeholders input hebben verschaft op stakeholdersbijeenkomsten en er eerste onderzoeksgegevens beschikbaar zijn.

Wij vatten de resultaten samen en beginnen met het positieve nieuws. Positief is dat op het terrein van een aantal randvoorwaarden vorderingen zijn gemaakt. COPD en VRM worden nu meer gecontracteerd, er wordt gewerkt aan de ICT-problemen en transparantie en de samenwerking in de eerste lijn en met specialisten komt steeds meer op gang. Zorggroepen en zorgverleners rapporteren reeds positieve bevindingen over de kwaliteit van zorg. Kijken we naar de neveneffecten dan zien we geen aanwijzingen voor het op grote schaal misbruik maken van marktmacht door de zorggroepen, we zien geen uitsluiting van complexe patiënten, geen negatieve gevolgen voor de niet integraal bekostigde zorg.

Dat laat onverlet dat er nog veel problemen zijn. De contractering verloopt zeer moeizaam, zowel in de ogen van financiers als hoofdcontractanten en subcontractanten. Veel contracten worden pas halverwege het jaar afgesloten, waardoor er veel onzekerheid is en er voorgefinancierd moet worden. Een belangrijke oorzaak is dat verzekeraars in zijn algemeenheid, en de grootste verzekeraar (i.e. Achmea) in het bijzonder, weinig vertrouwen in het systeem van integrale bekostiging lijken te hebben. Dat gebrek aan vertrouwen heeft te maken met gebrek aan inzicht in wat wordt geleverd voor het per patiënt betaalde bedrag en dus het nog niet voldoende werken van het systeem van transparantie.

Wij zien in de relatie tussen hoofdaannemers en onderaannemers weliswaar geen grootschalig misbruik van marktmacht, we zien wel dat de diëtist steeds meer plaats moet maken voor de praktijkondersteuner, zonder dat we de kwalitatieve gevolgen inzichtelijk kunnen krijgen alweer door het nog niet op gang gekomen zijn van het systeem van transparantie.

Een belangrijk probleem dat door alle partijen wordt gedeeld, betreft de (tijdelijke) toename van administratieve lasten. Voor een deel gaat het om het zodanig inrichten van ICT-systemen dat de registratie ten behoeve van de ketenzorg naadloos aansluit bij de basiswerkprocessen van de betrokken zorgverleners. Hierop worden vorderingen gemaakt. De complexiteit wordt echter danig vergroot als in één praktijk meerdere systemen naast elkaar bestaan, wat bijvoorbeeld kan betekenen dat voor de ene chronisch zieke bij de verzekeraar en de andere bij de zorggroep dient te worden gedeclareerd. In het kader van het beleid van de minister om zorg en ondersteuning bereidt de NZa een advies over de bekostiging van de basiszorg voor. Dat advies biedt de mogelijkheid om te kijken naar het totaal en te voorkomen dat verschillende financieringssystemen naast elkaar blijven bestaan.

Wij kunnen constateren dat de rol van de patiënt in de integrale bekostiging nog onvoldoende uit de verf komt. Patiënten ervaren niet dat sprake is van meer integrale zorg. Zelfmanagement en zorgplannen komen nog weinig van de grond. In zijn algemeenheid lijken patiënten nog nauwelijks bewust te zijn dat zij in zorgprogramma's terecht gekomen zijn die op een andere manier worden bekostigd dan voorheen en waarin op papier een actieve rol voor de patiënt is voorzien. Wij pleiten ervoor de patiënt actiever bij de zorgprogramma's te betrekken en daarbij te kijken naar buitenlandse voorbeelden. Voor wat betreft het betrekken van patiënten bij zorgprogramma's kan bijvoorbeeld worden gekeken naar het Verenigd Koninkrijk, Duitsland en

België (Directorate of Health, 2006; Busser R, 2004; www.zorgtraject.be). In Noorwegen is verder al zeven jaar ervaring met het werken met zorgplannen (Norwegian Directorate of Health, 2009).

Dit is temeer van belang omdat integrale bekostiging in principe alleen aanstuurt op samenhangende zorg per aandoening. Bij multimorbiditeit kan per aandoening gefinancierde zorg versnipperend werken. Dit probleem is nog niet getackeld. Daar komt bij dat nog niet alle onderdelen in de keten worden gedekt omdat zij niet worden vergoed door de basisverzekering (bijvoorbeeld de fysiotherapie) of niet opgenomen zijn in de integrale bekostiging (bijvoorbeeld de geneesmiddelen).

Deze tweede rapportage van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging is in vergelijking tot de eerste verbreed in de zin dat eerste onderzoeksresultaten beschikbaar zijn en stakeholders zijn betrokken. Het onderzoek is echter nog kleinschalig en vaak gericht op de eerste ervaringen. Bovendien hebben de meeste resultaten betrekking op de randvoorwaarden en niet op de effecten. In dit rapport is al aangegeven dat een aantal grotere onderzoeken beschikbaar zullen zijn voor de eindrapportage van de commissie medio 2012. Daarmee zal de eindrapportage van de commissie stevig kunnen worden gefundeerd, met name als het gaat om de effecten van integrale bekostiging op de macrokosten van zorg. We moeten ons wel realiseren dat vooral de effecten van integrale bekostiging op de kwaliteit van zorg pas op langere termijn zichtbaar zullen zijn.

Referenties

- Adviesgroep Keten zorg** Contractering Zorggroepen in Nederland; Resultaten van een enquête onder zorggroepen over contracteren met Zorgverzekeraars, 2011.
- Busse, R.** Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. *Health Aff (Millwood)*. 2004;23(3):56-67
- Bakker, N.** Diëtisten in zorggroepen. Verslag van de enquête gehouden in september 2010. NVD Nieuws 2010, 12, 8, p. 8-9.
- Department of health, Care Planning in Diabetes** Report from the joint Department of Health and Diabetes UK Care Planning Working Group, 2006.
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_064572.pdf
- Dijk, C. van, Rijken, M., Bakker, D. de, Verheij, R., Groenewegen, P., Schellevis, F.** Anders is niet per se beter: kanttekeningen bij functionele bekostiging. In: Medisch Contact, vol. 64, 2009, nr. 22, p. 973-976.
- Dijk, C.E. van, Rijken, P.M., Korevaar, J.C.** Integrale bekostiging; eerste ervaringen na één jaar invoering. Utrecht, NIVEL, 2012a.
- 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 2012b.
- DISMEVAL** www.dismeval.eu geraadpleegd op 3 december 2011.
- Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging** Monitoring Integrale Bekostiging. Zorg voor Chronisch Zieken: Evaluatiekader. Den Haag: ZonMw, 2011a.
- Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging** Monitoring Integrale Bekostiging. Zorg voor Chronisch Zieken: Eerste rapportage. Den Haag: ZonMw, 2011b.
- Haan, A.** de Keten zorg, het faillissement van Salland verzekeringen als regisseur van de zorg. Master thesis Faculteit Management en bestuur universiteit Twente, 2009.
- Het Huisartsen Team** Samenwerking verzekert patiënten van betere diabeteszorg. Persbericht 20 mei 2010.
<http://www.hethuisartsenteam.nl/het-samenwerkingsverband/Persbericht20mei2010.html>
- 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. www.nivel.nl: NIVEL, 2008.
- Norwegian Directorate of Health** An individual Plan; Statutory right and a tool for cooperation. 2009 IS-1292_ -_engelsk_115889a%5b1%5d-1.pdf
- Tol, J., Swinkels, I.C.S., Veenhof, C.** Ervaringen van diëtisten met integrale bekostiging. In voorbereiding, te verschijnen in 2012.
- 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, 116p.
- Vrijhoef, H.J., Berbee, R., Wagner, E.H., Steuten, L.M.** Quality of integrated chronic care measured by patient survey: identification, selection and application of most appropriate instruments. *Health Expect.* 2009 Dec;12(4):417-29. Epub 2009 Aug 26.

Bijlage 1

Gesynthetiseerd verslag van de stakeholdersbijeenkomsten over ervaringen met integrale bekostiging

B. 1.1 Inleiding

De Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging is ingesteld om de ontwikkelingen rond integrale bekostiging van chronische zorg tijdens de overgangsperiode van 2010 tot en met 2012 te volgen. Medio 2012 zal zij de vraag moeten beantwoorden, of aan de gestelde randvoorwaarden in voldoende mate is voldaan om de overgangsperiode te beëindigen. Middels vijf rondetafelgesprekken met verschillende groepen stakeholders met elk een eigen perspectief in het veld van integrale bekostiging werden de opgedane ervaringen met integrale bekostiging tot juni 2011 nagevraagd. Het gaat hierbij om het perspectief van patiënten, subcontractanten, zorggroepen/hoofdcontractanten, verzekeraars en toezichthoudende en voorwaardenstellende organisaties. Per perspectief zijn de relevante algemene koepelorganisaties uitgenodigd. Voor wat betreft het patiëntperspectief zijn daarnaast patiëntenorganisaties uitgenodigd die zich richten op de betreffende aandoeningen. Bij de zorggroepen is, naast de koepelorganisaties, een selectie uitgenodigd, waarbij gekeken is naar spreiding over de verschillende verzekeraars, jonge versus al langer bestaande zorggroepen en zorggroepen waarbij maar één aandoening is gecontracteerd versus zorggroepen waarbij meerdere aandoeningen zijn gecontracteerd. Bij de subcontractanten zijn koepelorganisaties uitgenodigd waarvan bekend is dat zorgverleners in een substantieel aantal gevallen zijn gesubcontracteerd. De delegatie van de verzekeraars is in overleg met de koepelorganisatie vastgesteld, waarbij alle grote verzekeraars en een vertegenwoordiger van de kleine, landelijk werkende verzekeraars is uitgenodigd. In een aparte bijeenkomst zijn, tenslotte, toezichthouders gehoord, waarbij ook het Coördinatieplatform Zorgstandaarden is betrokken. Een aantal van de genodigden die niet in staat waren de bijeenkomsten bij te wonen heeft schriftelijk gereageerd. Een overzicht van personen die hetzij hebben deelgenomen, hetzij schriftelijk hebben gereageerd is opgenomen in tabel 1.

De stakeholders zijn open bevraagd over hun ervaringen met integrale bekostiging. De vragen die door de commissie zijn geformuleerd in het evaluatiekader golden hierbij als uitgangspunt. Een per stakeholder uitgewerkte subset van de vragen gold als agenda voor de vergadering. Per bijeenkomst is een verslag gemaakt. In deze bijlage zijn deze verslagen per onderwerp gesynthetiseerd. Eventuele toevoegingen uit de nagekomen reacties zijn in een kader in de tekst toegevoegd. Het is bij de interpretatie van de gegevens belangrijk om de selectie van gehoorde personen in ogenschouw te nemen. De gerapporteerde ervaringen hebben niet de status van een landelijk representatief onderzoek. Niettemin denken wij dat zij een goed beeld geven van de ervaringen met integrale bekostiging tot dusver. Achtereenvolgens zullen de volgende onderwerpen aan de orde komen:

- Effecten van integrale bekostiging;
- Marktmacht zorggroepen;
- Marktmacht zorgverzekeraars;
- Subcontracteren;
- Koptarief & integrale bekostiging;
- Knelpunten integrale bekostiging;
- Informatievoorziening voor patiënten;
- Zorgstandaarden;
- Omgaan met comorbiditeit;
- Omgaan met zorg buiten verzekerde pakket;
- Uitbouw van integrale bekostiging.

Tabel 1 *Verschillende groepen stakeholders en gehoorde personen (naam en organisatie)*

Perspectief patiënten

Dhr. H. van Laarhoven De Hart en Vaatgroep

Mevr. M.-J. Schrasser Astmafonds

Dhr. F. Vogelzang NPCF

Perspectief subcontractanten

Mevr. N. Bakker Nederlandse Vereniging van Diëtisten

Mevr. I. Walsmit Nederlandse Vereniging van Diëtisten

Mevr. W. Huiskamp Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Dhr. H. Redeker Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Mevr. L. Romijn Landelijke Huisartsen Vereniging

Dhr. M.O. van Aken Nederlandse Internisten Vereniging

Mevr. C. van Hulten Nederlands Oogheelkundig Gezelschap

Mevr. H. Klein Ikkink Optometristen Vereniging Nederland

Mevr. E. Nuijten Nederlandse Vereniging Podotherapeuten (nagezonden reactie)

Perspectief zorggroepen/hoofdcontractanten

Dhr. C.F.L.M. van Asten Chronische ketenzorg Land van Cuijk en Nd-Limburg

Mevr. L. van Son Diabetescirkel Kop van Noord-Holland

Mevr. M.W.A. Bootsma Eerstelijns Zorggroep Haaglanden

Mevr. C. Niemeijer St. Eerstelijns Zorggroep Zaanstreek

Dhr. Ph.E. de Roos St. Eerstelijns Zorggroep Zaanstreek

Mevr. J. Buwalda St. Amsterdamse Gezondheidscentra

Dhr. E. Scheppink Integrale Zorggroep Eerstelijn Rijnmond

Mevr. Y. van Kemenade Zorggroep Eerstelijns Beheer BV (aanwezig en nagezonden reactie)

Mevr. S. Herder Zorggroep Eerstelijns Beheer BV

Mevr. H. van der Hoeven Adviesgroep Ketenzorg

Dhr. J.W. van der Kouwe Zorggroep Drenthe

Dhr. M. Roosenboom Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijn

Perspectief Verzekeraars

Dhr. G. Groenenboom Agis/Achmea

Mevr. C. Steensma Agis/Achmea

Dhr. P. de Lange Agis/Achmea

Mevr. K. Schram CZ

Dhr. R. van Breugel Uvit

Mevr. P. Voermans Menzis

Dhr. H. Dungelmann Multizorg VRZ

Dhr. M. Bouwmans ZN

Perspectief Toezichthoudende en Voorwaardenscheppende Organisaties

Dhr. F. Pellikaan NMa

Mevr. P. Mullenders CVZ

Mevr. M. te Vaarwerk Coördinatieplatform Zorgstandaarden

Mevr. R. Lochtenberg Nza (nagezonden reactie)

B. 1.2 Effecten van integrale bekostiging

In alle stakeholdersgesprekken is gevraagd naar de effecten van de invoering van integrale bekostiging.

Verbeterslag al eerder gemaakt

Een aantal vertegenwoordigers van zorggroepen geven aan dat de kwaliteitsslag (gedeeltelijk) al voor de invoering van integrale bekostiging is gemaakt. Eén zorggroep geeft aan dat zij al geruime tijd aan de gang was toen integrale bekostiging werd ingevoerd en daardoor de kwaliteitsslag al had gemaakt. Een andere zorggroep geeft aan dat zorgstandaarden en transmurale afspraken hebben geleid tot een impuls om behandeling van mensen met chronische aandoeningen meer door generalistisch werkende disciplines te laten plaatsvinden.

Integrale bekostiging heeft geleid tot meer organisatiekracht

In de gesprekken met vertegenwoordigers van zorggroepen/hoofdcontractanten worden een aantal positieve effecten genoemd van integrale bekostiging op de organisatie van zorg. Verschillende zorggroepen geven aan dat de invoering van integrale bekostiging heeft geleid tot de oprichting van 100 zorggroepen. Zij zijn van mening dat de zorggroepen hebben gezorgd voor een versterking van de organisatiekracht in de eerste lijn die noodzakelijk is om substitutiebewegingen op te vangen. Daarnaast heeft het ertoe geleid dat de organisatie van verbetering van kwaliteit op een veel grotere schaal en met meer impact tot stand kwam dan gebruikelijk was voor de komst van zorggroepen. Volgens één zorggroep heeft de oprichting van de zorggroep in zijn regio ertoe geleid dat niet alleen huisartsen, maar alle disciplines in de eerste lijn zich actief opstellen. Doordat de verschillende disciplines beter met elkaar samenwerken is de informatie beter beschikbaar en komt zij sneller beschikbaar. Dit wordt ondersteund door een andere zorggroep. Ook wordt door één zorggroep aangegeven dat er op basis van kwaliteit contractuele afspraken met ziekenhuizen en in het bijzonder internisten zijn gemaakt, waarbij veel minder dan voorheen een discussie plaatsvond over de domeinen. Eén zorggroep geeft aan de indruk te hebben dat er in de grote steden minder animo is om samen te werken dan op het platteland, maar dit wordt tegengesproken door een andere zorggroep.

Bij de vertegenwoordigers van subcontractanten heerst een wisselend beeld. Eén subcontractant geeft aan dat integrale bekostiging de samenwerking heeft gesterkt: 'mensen zoeken elkaar op en weten elkaar steeds beter te vinden'. Een andere subcontractant geeft aan dat het in sommige regio's goed gaat en in andere niet. En geeft daarbij aan dat in regio's waar met integrale bekostiging wordt gewerkt sprake is van een betere samenwerking totdat er financieringsproblemen ontstaan (mede ontstaan door pakketwijzigingen). Weer een andere subcontractant ziet een toename in samenwerkingsafspraken, maar kan niet aangeven of die ontwikkeling is bevorderd door de nieuwe bekostigingssystematiek. Een andere subcontractant geeft aan dat het goed is de samenwerking in de ketenzorg vast te leggen, maar dat integrale bekostiging deze ontwikkeling tot stilstand heeft gebracht. Aangegeven wordt dat de aandacht gaat naar de aanlevering van gegevens en het sluiten van contracten in plaats van naar het bevorderen van de kwaliteit van zorg.

De zorgverzekeraars zijn op dit punt minder eenduidig. Eén meldt dat het met integrale bekostiging is gelukt om geïntegreerde zorg voor chronisch zieken aan te bieden en de samenwerking in de eerste lijn te versterken. Anderen zien meer problemen, die verderop in dit verslag aan de orde komen.

Twee vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties geven aan te verwachten dat integrale bekostiging de samenhang en samenwerking in de zorg kan bevorderen, maar beschouwen integrale bekostiging niet als noodzakelijke voorwaarde om samenhang te bewerkstelligen; er zijn volgens hen meer instrumenten om samenwerking te stimuleren zoals een zorgplan.

Effect op kosten en kwaliteit van geleverde zorg nog onduidelijk

In de gesprekken met vertegenwoordiger van zorgverzekeraars worden nog geen positieve effecten van integrale bekostiging gemeld. Eén zorgverzekeraar geeft aan dat zij jaarlijks verlies draaien op de ketenzorg, daarom het stimuleren van ketenzorg heeft getemporiseerd en het geloof in integrale bekostiging dreigt te verliezen indien resultaten uitblijven. Een andere zorgverzekeraar meent dat de prikkel die uitgaat van de systematiek van de integrale bekostiging kan leiden tot kwaliteitsverbetering in de ketenzorg. Weer een andere zorgverzekeraar spreekt enkel de hoop uit dat integrale bekostiging een positieve prikkel kan zijn om de gewenste effecten te verkrijgen. Verder wordt door één zorgverzekeraar aangegeven dat er nog weinig gebruik wordt gemaakt van individuele zorgplannen.

Vertegenwoordigers van zorggroepen/hoofdcontractanten laten wisselend beeld zien. Eén zorggroep is van mening dat integrale bekostiging geen belangrijke impuls is geweest voor kwaliteitsverbetering. De LVG is daarentegen van mening dat integrale bekostiging wel degelijk het proces van kwaliteitsverbetering heeft versneld en versterkt.

Eén vertegenwoordiger van een subcontractant heeft ervaren dat bij integrale bekostiging niet kwaliteit maar geld de leidende factor is, waardoor bijvoorbeeld voor dieetadvies het maximum wordt aangehouden van vier uur in de basisverzekering, waardoor de dieetadvisering in de keten over het algemeen onder de maat is.

Vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties kunnen nog weinig concrete ervaringen van patiënten melden, omdat er nog maar korte tijd ervaring is opgedaan met de systematiek van integrale bekostiging. Eén patiëntenorganisatie geeft aan dat zelfmanagement en individueel zorgplannen voor patiënten belangrijke bouwstenen zijn, maar dat deze niet altijd goed uit de verf komen.

In een nagezonden brief geeft een vertegenwoordiger van een zorggroep aan dat met integrale bekostiging het lucratiever lijkt om andere, niet zijnde diabetespatiënten, te zien, omdat voor diabetespatiënten al consulten worden betaald. Volgens de vertegenwoordiger van deze zorggroep kan hierdoor de kwaliteit van zorg voor diabetespatiënten juist verslechteren.

Substitutie van tweede naar eerste lijn

In het algemeen zien vertegenwoordigers van zorgverzekeraars nog geen substitutie-effecten van integrale bekostiging. Een zorgverzekeraar geeft aan dat bij sommige zorggroepen die gebruikmaken van integrale bekostiging er sprake is van een iets hoger substitutiepercentage, maar dat deze tendens ook bij gezondheidscentra zichtbaar is. Een andere zorgverzekeraar geeft aan dat het in de praktijk moeilijk is om de keten-DBC's of delen ervan stop te zetten. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ziet daarentegen een dalende trend in verwijzingen naar tweede lijn bij ketenzorg, maar dit wordt tegengesproken door een zorgverzekeraar.

Bij de vertegenwoordigers van zorggroepen en subcontractanten worden een aantal (deels) positieve ervaringen genoemd. Eén zorggroep geeft aan dat zij in staat zijn om 80% van de COPD-patiënten (waarschijnlijk COPD-patiënten) in de eerste lijn te kunnen houden, maar dat de kosten per patiënt in de tweede lijn volgens de betreffende zorgverzekeraar duurder waren. Eén subcontractant ziet een verschuiving van de tweede naar de eerste lijn, waarbij in veel gevallen wordt volstaan met een fundus-fotografie in plaats van een volledig oogheelkundig onderzoek.

In een nagezonden brief van de vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging Podotherapeuten wordt aangegeven dat wanneer huisartsen in de zorggroep zouden handelen volgens het contract dat is afgesproken er substitutie zou kunnen plaatsvinden. Er worden volgens deze vertegenwoordiger echter vaak afspraken gemaakt met managers van zorggroepen welke niet bekend zijn bij de zorgverleners. Doordat de financiering vanuit de onderaannemers via de hoofdaannemer loopt is het volgens de vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging Podotherapeuten in slechte gevallen zelfs zo dat er meer (onnodig) naar de tweede lijn wordt doorverwezen, omdat op dat moment de financiering via de DBC in de tweede lijn verloopt en er dus aan het ketenbudget in de eerste lijn niets onttrokken wordt.

Keuzevrijheid van patiënten

Eén vertegenwoordiger van een patiëntenorganisatie geeft aan dat er nog geen signalen van patiënten zijn over de beperking van hun keuzevrijheid. Patiënten kunnen nog steeds kiezen voor bijvoorbeeld een fysiotherapeut die niet participeert in het programma, maar zullen zich dan moeten realiseren dat deze geen goede aansluiting heeft bij de rest van het programma.

Nieuwe mogelijkheden

Integrale bekostiging biedt ook nieuwe mogelijkheden voor met name optometristen. De vertegenwoordiger van Optometristen Vereniging Nederland merkt op dat integrale bekostiging voor de optometristen een eerste mogelijkheid is om een rol te spelen in de zorg voor chronisch zieken. Optometristen zijn opgeleid om oogcontroles bij diabetespatiënten te doen, maar in de praktijk doen veel huisartsen dit werk nog.

Excluderen van patiënten

In de gesprekken met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars worden enkele gevallen van uitsluiten van patiënten genoemd. Eén zorgverzekeraar kent gevallen waarbij patiënten met complexe problematiek buiten de keten werden gehouden, waarschijnlijk omdat zij te duur zijn. Een andere zorgverzekeraar is in de veronderstelling dat dit probleem ook in de tweede lijn voorkomt. Zo worden diabetespatiënten in het ziekenhuis opgenomen als het 'zware' gevallen betreft, waardoor de internist niet meer uitkomt met de DBC die is gebaseerd op een gemiddelde behandelingsprijs.

In een nagezonden brief geeft een vertegenwoordiger van een zorggroep aan dat met integrale bekostiging risico-selectie kan plaatsvinden, waarbij patiënten die te duur lijken te zijn naar het ziekenhuis worden doorverwezen.

Dubbele bekostiging

In de gesprekken met vertegenwoordigers van toezichthoudende en voorwaardenscheppende organisatie komt het probleem met dubbele bekostiging ter sprake. Het CVZ heeft signalen gekregen over overbehandeling of dubbele bekostiging. Zij geeft aan dat het volgens ZN niet altijd uit de declaraties valt op te maken of tweemaal een declaratie is gestuurd voor een patiënt die in een ketenzorg traject is opgenomen. De vertegenwoordiger van het CVZ gaat er echter van uit dat verzekeraars beschikken over de informatie die nodig is om een betrouwbaar beeld te krijgen van de mate waarin dubbele bekostiging plaatsvindt en verbaast zich erover te horen dat verzekeraars daarin geen inzicht hebben. De vertegenwoordiger van het Coördinatieplatform zorgstandaarden ziet ook de dreiging van dubbele bekostiging, door het naast elkaar bestaan van verschillende financieringsystemen.

In een nagezonden brief geeft een vertegenwoordiger van een zorggroep aan dat consultants niet worden geregistreerd naar klacht, waardoor niet te achterhalen is waarvoor een consult wordt gedeclareerd.

Andere positieve effecten van integrale bekostiging

Eén vertegenwoordiger van een zorggroep geeft aan dat integrale bekostiging heeft geleid tot een groter besef van de kosten van behandeling.

Andere negatieve effecten van integrale bekostiging

Eén vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar geeft aan dat door de invoering van integrale bekostiging de honorering ingewikkelder is geworden. Zorggroepen zullen een bepaald deel van de declaraties in de zorg voor hun rekening nemen; zorgverzekeraars een ander deel. De zorgverzekeraar is van mening dat deze versnippering een adequate sturing van het zorgproces belemmert en acht het noodzakelijk dat zorgverzekeraars alle declaraties hebben om zo invulling te kunnen geven aan hun regierol die er op gericht is de kosten te reduceren en de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Aanbevelingen

Eén vertegenwoordiger van een zorggroep pleit voor een minimum-basisniveau waar alle zorggroepen zich aan dienen te houden. Hierbij dienen de brancheorganisaties van professionals de kwaliteitseisen te formuleren en waarbij wellicht andere stakeholders zoals zorgverzekeraars worden betrokken.

Plannen voor onderzoek

- De NPCF is van plan de ervaringen van patiënten te gaan inventariseren;
- Het Astmafonds overweegt de ervaringen van patiënten eind 2011 te gaan enquêteren.

B. 1.3 Marktmacht zorggroepen

Ervaren problemen met eventuele marktmacht zorggroepen

Volgens de vertegenwoordiger van de NMa zijn er risico's verbonden aan de opkomst van zorggroepen indien huisartsen als collectief binnen de zorggroepen opereren en prijzen met elkaar afstemmen. Volgens hen bestaat hierdoor het risico dat zorgverzekeraars een hoge prijs voor de gecontracteerde zorg moeten betalen. Indien in een bepaalde regio één zorggroep actief is, kunnen zij zich als één blok organiseren, waar de zorgverzekeraar weinig aan kan veranderen. Aangegeven wordt dat dit risico niet alleen bestaat ten aanzien van verzekeraars, maar ook ten aanzien van andere subcontractanten.

Vanuit de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars wordt eenzelfde geluid gehoord. Twee zorgverzekeraars vinden de samenstelling van zorggroepen niet evenwichtig doordat huisartsen daarin een overheersende rol spelen en vragen aandacht voor de concurrentie tussen zorggroepen. Ook maken zij zich zorgen over de omvang van sommige zorggroepen, wat het maken van goede afspraken over tarieven en over de kwaliteit van zorg kan bemoeilijken. Deze vertegenwoordigers van zorgverzekeraars geven tevens aan dat er geen sprake is van een gezonde concurrentieverhoudingen bij het contracteren van onderaannemers, waarbij als voorbeeld de diëtisten worden genoemd. Daarbij geeft één zorgverzekeraar aan dat zij ook huisartsen die onderdeel uitmaken van de zorggroep beschouwt als onderaannemers. Door één zorgverzekeraar wordt opgemerkt dat signalen omtrent het uitsluiten van zorgverleners vooral komen uit regio's waar een enkele zorggroep domineert.

Eén vertegenwoordiger van een zorggroep heeft ervaren dat georganiseerde fysiotherapeuten de markt soms zelf willen inperken en collega's willen uitsluiten.

Eén vertegenwoordiger van een patiëntenorganisatie is van mening dat concurrentie tussen zorggroepen tot ongewenste fragmentatie kan leiden. Zij acht het niet wenselijk om een specialisatie die in een zorggroep niet voorhanden is elders gehaald moet worden. Eén patiëntenorganisatie vindt dat er van marktwerking nog geen sprake is.

Ontwikkeling van zorggroepen

De vertegenwoordiger van de NMa geeft aan dat het accent nog steeds ligt op de huisarts die een dominante rol heeft gekregen bij de ontwikkeling van de pilotstudies van ZonMw. Het functioneren van zorggroepen staat of valt met de medewerking van huisartsen. Indien een zorggroep in een regio alle huisartsen heeft gecontracteerd zal men huisartsen moeten losweken om nieuwe initiatieven mogelijk te maken. De NMa verwacht dat meer en meer professionele managers de bedrijfsvoering zullen overnemen en huisartsen een soort van subcontractanten zullen worden. Het idee van het ontstaan van 'facilitaire' bedrijven in de eerste lijn wordt ondersteund door één vertegenwoordiger van een zorggroep.

In het veld heersen wisselende ideeën over de ontwikkeling van zorggroepen. De vertegenwoordiger van het Coördinatieplatform zorgstandaarden geeft aan dat de ontwikkeling naar meer multidisciplinaire groepen al gaande is, zo participeren veel internisten op consultatiebasis in 'anderhalvelijns'-groepen. De vertegenwoordiger van ZN verwacht dat de samenstelling van de zorggroepen zal mee-evolueren met de ontwikkelingen. Echter, één vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar ziet nog niet direct hoe de stap van monodisciplinair samengestelde zorggroepen naar multidisciplinaire samengestelde zorggroepen kan worden neergezet. Een vertegenwoordiger van een zorggroep ziet in zijn regio een ontwikkeling waarbij zorggroepen en huisartsenpraktijken in één organisatie worden ondergebracht.

Voordeel schaalgrootte

De vertegenwoordiger van de NMa kon geen antwoord geven op de vraag naar de doelmatigheid van de schaalgrootte in relatie tot de omvang van een regio. Er wordt verwacht dat er bepaalde schaalvoordelen zijn door het gebruik van onder andere ICT-apparatuur en daarnaast voor het voldoende kunnen verzamelen van kwaliteitsinformatie. Daarbij is het de vraag of de schaalvoordelen alleen op regionaal niveau kunnen worden bereikt en niet door samenwerking van groepen huisartsen uit verschillende regio's. Daarnaast wordt vanuit de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars door twee zorgverzekeraars aangegeven dat grootschaligheid van zorggroepen de efficiëntie bevordert doordat beter gebruik kan worden gemaakt van verschillende expertisen, terwijl kleinschalige organisaties beter maatwerk kunnen leveren.

B. 1.4 Marktmacht zorgverzekeraar

Problemen bij contractering

In de gesprekken met vertegenwoordigers van zorggroepen/hoofdcontractanten worden problemen met de contractering van integrale bekostiging gemeld. Daarbij wordt door één zorggroep opgemerkt dat het probleem groter is dan de keuze voor een koptarief of integraal tarief. 'Verre' zorgverzekeraars willen niet altijd preferente zorgverzekeraars in een regio volgen. Belangrijk is dat hierbij door één vertegenwoordiger van een zorggroep wordt opgemerkt dat de professionals patiënten graag op een gelijke wijze willen behandelen. Dit wordt ook bevestigd in een nagezonden brief van een vertegenwoordiger van een zorggroep. De enquête van de Adviesgroep Ketenzorg onder 67 zorggroepen wordt aangehaald, waaruit naar voren kwam dat slechts zes zorggroepen geen problemen

hadden ervaren met de contractering. Uit de enquête kwam ook naar voren dat een bepaald tarief voor een 'verre' zorgverzekeraar niet de enige reden was om te weigeren de preferente zorgverzekeraar in een regio te volgen. In enkele gevallen werd aangegeven dat de zorgverzekeraar wilde afwijken van zorgstandaarden. Eén zorggroep/hoofdcontractant geeft aan dat zorggroepen nog onvoldoende professioneel te werk gaan; de zorggroepen hebben het product dat zij aanbieden niet goed omschreven waardoor het niet duidelijk is wat ze leveren en tegen welke kosten.

De gesprekken met vertegenwoordigers zorgverzekeraars lieten een wisselend beeld zien omtrent de problemen met contracteren van zorggroepen. Eén zorgverzekeraar geeft aan dat er wel degelijk contracten voor diabeteszorg en voor COPD worden afgesloten, terwijl een andere zorgverzekeraar aangeeft het signaal omtrent het al dan niet contracteren van integrale bekostiging te herkennen. De verzekeraars bevestigen het beeld dat het tempo waarmee ketenzorg wordt gecontracteerd lager ligt dan werd verwacht, maar dat er wel goede redenen voor zijn. Problemen die vanuit de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars worden genoemd zijn de hoogte van de overheadkosten, gebrek aan transparantie van zorggroepen jegens verzekeraars, en het uiteenlopen van offertes tussen zorggroepen. Over het contracteren van VRM bestond consensus, in die zin dat alle zorgverzekeraars terughoudend zijn om VRM via integrale bekostiging te contracteren. Redenen die worden genoemd voor het niet contracteren van VRM zijn de aanzienlijke verschillen op dit gebied tussen zorgaanbieders en de globale en ruim geformuleerde beleidsregels van de NZa, waardoor ze zowel voor zorggroepen als zorgverzekeraars weinig houvast bieden. Eén zorgverzekeraar ziet daarnaast grote verschillen in professionaliteit tussen zorggroepen wat de inkoop van zorg met een uniforme, goede kwaliteit bemoeilijkt. De problemen omtrent 'verre' zorgverzekeraars wordt herkend. Daarbij wordt aangegeven dat het voor verzekeraars met een regionale dominantie gemakkelijker is contracten met zorggroepen te sluiten dan voor kleine landelijke zorgverzekeraars.

Uit de gesprekken met vertegenwoordigers van subcontractanten en patiëntenorganisaties kwam het probleem met contracteren ook naar voren en met name het gebrek aan contracten voor VRM. Redenen die in deze groepen worden genoemd zijn het gebrek aan vertrouwen als gevolg van onduidelijkheid over de risico's van het sluiten van contracten op basis van integrale bekostiging, moeilijkheden met beleidsregels, het niet uit de voeten kunnen van zorgverzekeraars met de plannen van zorggroepen en de geringe specificiteit van de desbetreffende zorgstandaard waardoor verzekeraars vrezen voor grote aantallen patiënten.

In een nagezonden brief geef een vertegenwoordiger van een zorggroep aan dat de marktmacht van zorggroepen volgens hen 'papieren tijgers' zijn en de zorggroep geen enkele onderhandelingspositie heeft als het gaat om het vaststellen van een keten-prijs. De preferentie verzekeraar heeft voor elke in te kopen module een vaste prijs en de zorggroepen kunnen alleen variëren in de module aanbod. De inkoopwereld van de zorgverzekeraars is volgens deze vertegenwoordiger van een zorggroep drastisch veranderd. Hun onderlinge concurrentiepositie groeit, en daarmee ook de scherpste van hun inkoopbeleid. Een andere vertegenwoordiger van een zorggroep geeft aan dat het onderhandelen met verschillende verzekeraar is zoals het stelsel is bedoeld. Volgens deze vertegenwoordiger heeft iedere zorgverzekeraar een eigen inzicht, hetgeen de zorggroep scherp houdt bij het ontwikkelen van steeds betere ketenzorg.

Inhoud van contract

Over de inhoud van het contract wordt door één vertegenwoordiger van een zorggroep aangegeven dat er met verzekeraars afspraken worden gemaakt over aparte betaling aan zorggroepen over benchmarking en indicatoren. Ook op inhoudelijk gronden worden problemen ondervonden met de contractering van integrale bekostiging. Een voorbeeld hiervan is één zorggroep die geconfronteerd werd met de wens van een verzekeraar om de boeken van de zorggroep door een accountant van de verzekeraar te laten controleren. De zorggroep heeft zich daar krachtig tegen verzet. Een ander voorbeeld is het verplicht stellen van het in dienst hebben van een POH in de huisartsenpraktijk door de verzekeraar, wat door één zorggroep als probleem wordt gezien, terwijl een andere zorggroep dit vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg juist positief vindt. Het verschijnsel dat zorgverzekeraars het hebben van een POH verplicht stellen kwam ook tijdens de gesprekken met vertegenwoordigers van subcontractanten naar voren. In de gesprekken met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars werd melding gemaakt van grote prijs/kwaliteitsverschillen tussen overeenkomsten met de zorggroepen.

Suggesties voor verbeteringen

In de verschillende gesprekken worden ook een aantal suggesties voor verbeteringen gedaan. Bij de vertegenwoordigers van zorggroepen/hoofdcontracten en patiëntenorganisaties wordt gepleit voor de introductie van een bandbreedte en een onderscheid naar zwaarte van chroniciteit. Een vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar pleit voor een uniforme wijze van offren door zorggroepen zodat de verzekeraar wordt geconfronteerd met dezelfde soort van informatie. Door één vertegenwoordiger van een subcontract wordt gepleit voor een grotere mate van consensus over de wijze waarop zorgverzekeraars de zorg inkopen en voor het vereenvoudigen van de beleidsregels rond contractering. Een vertegenwoordiger van een patiëntenorganisatie vindt dat verzekeraars consensus moeten bereiken over een basiskwaliteitsniveau dat vervolgens als de te verzekeren standaard wordt vastgelegd. Zij vinden dat patiënten die bij andere zorgverzekeraars zijn aangesloten het recht behoren te hebben op dezelfde vergoedingen. Integrale zorg zou moeten leiden tot zorg die beter wordt afgestemd op de wensen van de populatie.

Subcontracteren

In de gesprekken met vertegenwoordigers subcontractanten gaf één subcontractant aan dat de diëtisten zich gemangeld voelen tussen zorgverzekeraars en zorggroepen. Een andere subcontractant meent dat een betere organisatie van de beroepsgroep kan zorgen voor meer marktevenwicht en beschouwt dit als een eerste stap naar multidisciplinaire samengestelde zorggroepen. De vertegenwoordiger van de Nederlandse Internisten Vereniging geeft aan dat zij meer betrokken willen worden bij de financieringssystematiek. De vertegenwoordiger van Nederlandse Internisten Vereniging geeft aan dat internisten bereid zijn een consultatieve functie ten behoeve van de eerste lijn te vervullen, maar geven aan dat het niet eenvoudig is om afspraken te maken met grote groepen huisartsen in een regio.

Bij vertegenwoordigers van zorgverzekeraars komen ook klachten binnen over de gang van zaken binnen zorggroepen betreffende diëtisten. Een zorgverzekeraar geeft aan dat er een onevenwichtigheid ontstaat in de opbouw van de tarieven wanneer de zorggroepen monodisciplinair zijn samengesteld. Daarnaast vindt één zorgverzekeraar het met het oog van de uitkomsten van zorg niet wenselijk dat huisartsen huisartsen gaan contracteren.

Eén vertegenwoordiger van een zorggroep merkt op dat de contractering van de ziekenhuizen in haar regio niet op orde is, maar het beleid van de zorggroep er wel op gericht is patiënten op te vangen in het gebied waar zij woonachtig zijn. Een andere zorggroep ziet het maken van afspraken met

onderaannemers over een financiële vergoeding als een sturingsinstrument om een bepaald kwaliteitsniveau te garanderen.

Klachten

Een vertegenwoordiger van een subcontractant geeft aan dat sommige zorggroepen open staan voor klachten, maar andere niet. De vertegenwoordiger van de NMa geeft daarnaast aan dat het meestal stil blijft bij verzoeken om een formele klacht in te dienen. Ze geven daarbij aan dat de NMa partijen proactief kan benaderen wanneer zij een probleem signaleert.

In een nagezonden brief van de vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging Podotherapeuten wordt aangegeven dat er grote verschillen worden ervaren in de manier waarop zorggroepen omgaan met subcontractanten. Volgens de vertegenwoordiger verlopen een aantal zaken (in meerdere gevallen) niet goed. Het contract wordt afgesloten met manager waarna de uitvoerder (huisarts/POH) vaak niet goed op de hoogte wordt gebracht van de afspraken die zijn gemaakt, bijvoorbeeld dat alle diabetespatiënten met SIMMS 2 (Neuropathie in combinatie met perifere arterieel vaatlijden en/of tekenen van lokaal verhoogde druk) verwezen moeten worden naar de podotherapeut. Er wordt volgens de vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging Podotherapeuten regelmatig niet voldaan aan de betalingsafspraken tussen hoofdcontractant en subcontractant wat de relatie niet ten goede komt. Het is als subcontractant moeilijk hiermee om te gaan omdat je als subcontractant ook een afhankelijkheidspositie hebt ten opzichte van de hoofdcontractant voor andere verwijzingen. Dit resulteert volgens de vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging Podotherapeuten in verlies van subcontractant of in het feit dat de patiënt alsnog een rekening krijgt (een hele tijd later) en deze via de aanvullende verzekering declareert.

B. 1.5 Koptarief & integrale bekostiging

In het algemeen zeggen vertegenwoordigers van zorgverzekeraars de vrijheid te willen behouden om te kiezen tussen integraal tarief en koptarief. Verschillende vertegenwoordigers zeggen beide systemen met elkaar te willen kunnen vergelijken. Twee zorgverzekeraars geven aan dat het te vroeg is om conclusies te trekken en zijn voorstander van het naast elkaar bestaan van systemen gedurende vijf tot tien jaar. Eén zorgverzekeraar vindt daarbij dat uitkomsten doorslaggevend moeten zijn bij het maken van een keuze voor de ene of de andere financieringssysteem. Eén andere zorgverzekeraar is van mening dat het voor de kwaliteit van geleverde zorg geen verschil maakt welk van beide systemen wordt gebruikt. Onder de zorgverzekeraars vinden we zowel voorstanders van het koptarief als van het integrale tarief. Een verzekeraar rapporteert goede ervaringen met het koptarief en geeft aan dat integrale zorg niet perse integraal dient te worden bekostigd. Een zorgverzekeraar die voorstander is van het integrale tarief vindt het naast elkaar bestaan van verschillende financieringsystemen niet bevorderlijk voor de transparantie. Het geeft bovendien onrust en onzekerheid in het veld. Specifiek hierin is de rol van de kleine verzekeraars, die zelf aangeven vanwege de volgsystematiek niet te kunnen sturen op de bekostiging. Een andere zorgverzekeraar heeft echter waargenomen dat sommige kleine verzekeraars in hun regio opteren voor het koptarief en dus niet de preferente zorgverzekeraar volgen.

Een deel van vertegenwoordigers van de zorggroepen sprak een duidelijke voorkeur uit voor een integraal tarief. Eén zorggroep geeft aan dat huisartsen het koptarief aantrekkelijker vinden en hen motiveert hun patiënten in de eerste lijn te houden. Een ander deel pleitte voornamelijk voor een eenvoudig tarief, en vindt het naast elkaar bestaan van systemen niet werkbaar.

Eén vertegenwoordiger van een subcontractant heeft de indruk dat het koptariefbeleid van een zorgverzekeraar de samenwerking tussen aanbieders van zorg niet stimuleert. Een andere subcontractant is voorstander van de terugkeer naar een systematiek waarin de extra inspanningen van de huisartsen worden gefinancierd. Zij wil een systeem dat zorg op maat faciliteert.

In een nagezonden brief geeft een vertegenwoordiger van een zorggroep aan dat over het koptarief vermoedelijk 19% BTW zal worden geheven en daardoor het organisatiedeel van de keten 19% duurder wordt dan in het geval van integrale bekostiging. Een andere vertegenwoordiger van een zorggroep geeft in een nagezonden brief aan voorstander te zijn van een koptarief. Deze zorggroep vindt dat het naast elkaar bestaan van twee declaratiesystemen onnodige administratieve last geeft.

B. 1.6 Knelpunten integrale bekostiging

Informatiesysteem

Bij de vertegenwoordigers van zorggroepen/hoofdcontractanten worden problemen ervaren met het informatiesysteem. Het Huisarts InformatieSysteem (HIS) is volgens hen moeilijk aan andere informatiesystemen te koppelen. Ook in de gesprekken met vertegenwoordigers van subcontractanten en zorgverzekeraars kwam dit naar voren.

Betrouwbaarheid van data voor indicatoren

Eén vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar geeft aan dat de betrouwbaarheid van opgeleverde data van indicatoren een knelpunt is. Er worden grote verschillen waargenomen in de professionaliteit bij zorgaanbieders in de regio als het gaat om de levering van data van indicatoren. Eén vertegenwoordiger van een subcontractant waarschuwt voor het eendimensionale effect van indicatoren die zijn toegesneden op de gemiddelde patiënt waarop de richtlijn is gebaseerd. Daardoor ontstaat het risico op overbehandeling en overcontrole bij voornamelijk oudere patiënten. Daarnaast wordt door één subcontractant geconstateerd dat de verzamelde data niet leidt tot een verbetering van de zorguitkomsten en dat het 'afrekenen' aan de hand van indicatoren weinig zinvol is.

Overige knelpunten

De vertegenwoordiger van de Nederlandse Internisten Vereniging geeft aan dat internisten wel betrokken worden bij de advisering over de inhoud van zorg, maar nog niet bij de financieringssystematiek. Volgens de vertegenwoordiger van de Nederlandse Internisten Vereniging zou dit moeten gebeuren, omdat anders de situatie kan ontstaan dat patiënten, die op inhoudelijke gronden naar de tweede lijn moeten worden doorverwezen, niet worden doorverwezen, omdat de financiering zich beperkt tot de eerste lijn.

In een nagezonden brief geeft een vertegenwoordiger van een zorggroep een aantal knelpunten aan van integrale bekostiging. De vertegenwoordiger van deze zorggroep geeft aan dat het kan voorkomen dat niet alle zorggelden besteed worden aan zorg, doordat zorggroepen hun risico verlagen door onder andere ‘zware’ patiënten naar het ziekenhuis te verwijzen. Volgens de vertegenwoordiger van deze zorggroep zouden zorgverzekeraars hier extra op moeten controleren. Daarnaast wordt aangegeven van dat er met integrale bekostiging onnodige transactiekosten moeten worden gemaakt doordat de zorggroep nu als tussenpersoon tussen zorgverzekeraars en bijvoorbeeld diëtisten en fysiotherapeuten moet gaan opereren.

B. 1.7 Informatievoorziening voor patiënten

Volgens één vertegenwoordiger van een zorggroep weten de meeste patiënten niet dat zij participeren in een zorgprogramma en daarbij onderdeel uitmaken van een zorggroep. Vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties geven aan dat individuele behandelaars hun patiënten niet op systematische wijze informeren. Een patiëntenorganisatie heeft de indruk dat patiënten niet geïnteresseerd zijn in de financiering van hun zorg tenzij de organisatie te wensen overlaat. Zij hebben geen belangstelling voor het verschil tussen integrale bekostiging en betaling per verrichting, zolang zij de hulp krijgen die zij gewend waren te krijgen. Eén patiëntenorganisatie geeft aan dat patiënten wel behoren te worden geïnformeerd over de keuzemogelijkheden die zij binnen zorgprogramma's hebben. Deze patiëntenorganisatie vindt dat indien aan een bepaald traject of programma consequenties zijn verbonden, patiënten in het kader van informed consent daarover behoren te worden geïnformeerd.

B. 1.8 Zorgstandaarden

Tekortkomingen zorgstandaarden

De vertegenwoordiger van het CVZ geeft aan dat in de zorgstandaarden niet voldoende wordt ingegaan op de minimaal vereiste deskundigheid en middelen. Dit wordt volgens hen extra belangrijk in het licht van bezuinigingsvoornemens van het Ministerie van VWS ten aanzien van bijvoorbeeld dieetadvisering en fysiotherapie. Binnen de keten moet bijvoorbeeld goed duidelijk zijn of er sprake is van huisartsenzorg op het vlak van adviezen of begeleiding over voeding of eetgewoontes of gespecialiseerde dieetadvisering. Eén vertegenwoordiger van een subcontractant heeft de indruk gekregen dat bewegen in de zorgstandaard voor diabetes onvoldoende aandacht heeft gekregen, terwijl dat in de zorgstandaard voor COPD wel goed is geregeld.

Ontwikkeling van zorgstandaarden

De vertegenwoordiger van het Coördinatieplatform zorgstandaarden geeft aan dat zij dit jaar een inventarisatie hebben gemaakt op het gebied van de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden. Er zijn 20 groepen gevonden die daarmee aan de slag willen. Er blijkt een grote behoefte te bestaan in het veld om samen na te denken over de vraag hoe een keten voor een bepaalde groep van patiënten moet worden georganiseerd. Bij de ontwikkeling van zorgstandaarden is de vertegenwoordiger van het Coördinatieplatform zorgstandaarden van mening dat organisatieaspecten onderdeel uitmaken van iedere zorgstandaard die wordt ontwikkeld. Daarbij wordt aangegeven dat een zorgstandaard nodig is op het moment dat er sprake is van complexe zorgproblematiek waarbij meer dan één zorgverlener is betrokken. Er wordt aangegeven dat er bij het opstellen van zorgstanden geen onderscheid gemaakt wordt tussen zorg van een minimum-kwaliteit en goede zorg.

Twee vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties zijn voorstander van de verschillende zorgvragen van de patiënt in hun onderlinge samenhang te behandelen. Bij de doorontwikkeling van zorgstandaarden zijn zij van mening dat er gekeken moet worden naar de generieke aspecten van de behandeling van verschillende aandoeningen. Er wordt gepleit voor het ontwikkelen van een soort basisprogramma voor mensen met een chronische aandoening met de mogelijkheid daaraan een aantal differentiaties aan toe te voegen naar gelang de specificiteit van de aandoening.

Rol verzekeraars in ontwikkeling zorgstandaarden

Op de vraag of naast professionals en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties ook zorgverzekeraars betrokken moeten worden bij de opstelling van zorgstandaarden wordt door één vertegenwoordiger van een patiëntenorganisatie geantwoord dat zij zorgverzekeraar wel een rol willen toebedelen, maar in een ander stadium dan de voorbereiding van een zorgstandaard. Een andere patiëntenorganisatie heeft de ervaring dat zorgverzekeraars niet de ambitie hebben om op de stoel van de professionals te gaan zitten.

Zorgstandaard als inkoopinstrument

De vertegenwoordiger van het Coördinatieplatform zorgstandaarden vraagt zich af of de zorgstandaard de zorg voldoende specifiek omschrijft om te kunnen dienen als inkoopinstrument. Eén vertegenwoordiger van een subcontractant geeft aan dat de functionele omschrijving van de zorgstandaard te veel ruimte biedt. De zorgstandaard omschrijft wel wat er moet gebeuren, maar geeft niet aan welke hulpverleners daarvoor verantwoordelijk zijn. Daarbij geeft een andere subcontractant aan dat de functionele omschrijving van de zorg impliceert dat de patiënt niet altijd de zorg krijgt van voldoende kwaliteit.

Invloed integrale bekostiging

De vertegenwoordiger van het Coördinatieplatform zorgstandaarden bevestigt dat de financiële belangen die spelen bij integrale bekostiging een belemmerende rol hebben gespeeld bij de ontwikkeling van zorgstandaarden en ketenzorg.

B. 1.9 Omgaan met comorbiditeit

De vertegenwoordiger van het Coördinatieplatform zorgstandaarden geeft aan dat voor een aantal aandoeningen al geruime tijd zorgstandaarden zijn ontwikkeld gebaseerd op een ziektespecifieke benadering. Gaandeweg is de behoefte ontstaan om te komen naar een integratie van ziektespecifieke zorgstandaarden, waarbij zelfs geopperd is een zorgstandaard te ontwikkelen voor chroniciteit. Daarnaast tekent zich een tendens af richting de ontwikkeling van generieke modules die als verbindende schakels moeten dienen, maar dit wordt geremd door financiële belemmeringen. Dit beeld wordt door één vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar bevestigd. Eén zorgverzekeraar geeft daarnaast ook aan dat slechts in beperkte mate wordt voldaan aan het criterium van 'integraal'. De integratie wordt volgens deze zorgverzekeraar bemoeilijkt doordat in het kader van de invoering van DBC's zorgprogramma's naast elkaar worden gezet.

B. 1.10 Omgaan met zorg buiten verzekerde pakket

Gevolgen discrepantie zorgstandaarden en verzekerde pakket

Over het algemeen zien de vertegenwoordigers van partijen in het veld de discrepantie tussen zorgstandaarden en verzekerde pakket als probleem. Volgens de vertegenwoordiger van het CVZ levert

de discrepantie tussen het verzekerde pakket en de zorgstandaarden onduidelijkheden op bij zowel verzekeraars als patiënten. De vertegenwoordiger van het Coördinatieplatform zorgstandaarden sluit zich hierbij aan en geeft daarbij als voorbeeld het beweegadvies door fysiotherapeuten aan mensen met obesitas. Daarnaast wordt aangegeven dat dit ook geldt voor generieke modules die te beschouwen zijn als schakels tussen de verschillende ziektespecifieke zorgstandaarden, met als voorbeeld de module stoppen met roken die uit het basispakket wordt gehaald. De vertegenwoordiger van het Coördinatieplatform zorgstandaarden constateert dat grote groepen patiënten aangewezen zijn op de inhoud van het basispakket en minder toegang hebben tot het aanbod van zorg daarbuiten, ook al staat deze zorg wel in een zorgstandaard. Eén vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar geeft aan dat met ketenzorg de indruk wordt gewekt dat het alle zorg dekt. En één vertegenwoordiger van een patiëntenorganisatie constateert dat ouderen en chronisch zieken in veel gevallen behoefte hebben aan leefstijlprogramma's die buiten de verzekerde zorg vallen. De vertegenwoordiger van het Coördinatieplatform zorgstandaarden verwacht dat doordat meer delen van de buiten het basispakket zullen vallen zorgaanbieders steeds ingewikkeldere samenwerkingsconstructies zullen creëren om hun patiënten een samenhangend aanbod te bieden. Ook twee vertegenwoordigers van zorgverzekeraars maken zich zorgen om de gevolgen van de pakketwijzigingen op de uitvoerbaarheid van ketenzorg.

Taak CVZ in advisering omtrent discrepantie tussen verzekerde pakket en zorgstandaarden

Op de vraag of het CVZ op dit punt een taak heeft, wordt geantwoord dat het CVZ de zorgstandaarden voor verzekerde zorg heeft geduid en heeft aangegeven welke zorg wel en welke zorg niet is verzekerd. Zij heeft echter geen advies gegeven aan de Minister betreffende het in het pakket houden van bijvoorbeeld dieetadvies of fysiotherapie voor chronische aandoeningen. De vertegenwoordiger van het CVZ geeft daarbij aan dat het ministerie van VWS het advies van het CVZ, om gecombineerde leefstijlinterventie als zodanig in het pakket op te nemen, niet heeft overgenomen. Het CVZ verwacht dat in de toekomst richtlijnen en zorgstandaarden de basis zullen vormen voor de verzekerde prestatie, maar ontwikkelt op dit punt nog geen beleid.

In een nagezonden brief van de vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging Podotherapeuten wordt aangegeven dat door opnemings van voetzorg als basisverzekerde zorg zij verwachten dat vanaf 2012 zorgverzekeraars neigen de diabetische voetzorg uit het aanvullende pakket te halen en alleen nog via de integrale bekostiging in te kopen. De vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging Podotherapeuten verwacht dat het extra ketentarief wat hiervoor in de plaats komt waarschijnlijk minder zal bedragen als de huidige vergoeding die mensen met diabetes krijgen vanuit de aanvullende verzekering. De diabetespatiënt zal mogelijk minder vergoed gaan krijgen dan de reguliere patiënt die nog steeds zijn vergoeding vanuit de aanvullende verzekering ontvangt.

B. 1.11 Uitbouw van integrale bekostiging

Uit de gesprekken met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars komt een wisselend beeld naar voren betreffende de mogelijke uitbouw van integrale bekostiging. Eén zorgverzekeraar vindt de uitbouw van integrale bekostiging niet wenselijk en beschouwt een uitbouw van integrale bekostiging als een stelselwijziging waarbij de regie over de zorg komt te liggen bij zorggroepen die onderaannemers contracteren. Het sluiten van contracten door individuele aanbieders met zorg-

groepen wordt volgens deze zorgverzekeraar dan belangrijker dan het sluiten van contracten met zorgverzekeraars. Een andere zorgverzekeraar zegt af te willen van de ziektegerelateerde wijze van zorgverlening en te willen groeien naar een zorggerelateerde wijze. Zij zien vanuit de ziektegerelateerde DBC's een ontwikkeling in de richting van een meer modulaire opbouw van zorg met een stapeling van ketens, waarbij inhoud en financiering van de zorg geïntegreerd zijn. Weer een andere zorgverzekeraar wil eerst de bestaande financieringssystematiek aanpakken op basis van een duidelijk visie op de toekomst van eerstelijnszorg.

Twee vertegenwoordigers van zorggroepen zien de terughoudendheid betreffende het contracteren van ketenzorg op andere terreinen (zoals bijvoorbeeld depressie) als remming voor deze ontwikkeling.

Vertegenwoordigers van twee patiëntenorganisaties zijn voorstander om de verschillende zorgvragen van patiënt in hun onderlinge samenhang te behandelen en pleiten voor het ontwikkelen van een soort basisprogramma voor mensen met een chronische aandoening.

Bijlage 2

RIVM onderzoek op basis van Vektis

Op dit moment lopen er diverse onderzoeken naar de effecten van zorggroepen en integrale bekostiging (IB) op de kwaliteit van zorg. Aangezien er nog geen onderzoek naar de effecten van zorggroepen en IB op de (macro) zorgkosten is gedaan, heeft het ministerie van VWS het RIVM de opdracht gegeven om een dergelijk onderzoek uit te voeren en daarbij nauw aan te sluiten bij de evaluatievragen van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Het doel van het RIVM onderzoek is om inzicht te geven in de afzonderlijke effecten van de invoering van zorgprogramma's voor diabetes, VRM en COPD (ook wel disease management (DiM)) en IB op de macrokosten van de zorg. De invoering van zorgprogramma's en de invoering van IB lopen door elkaar heen. Het invoeren van zorgprogramma's betreft het verbeteren van de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg waarmee (mogelijk) de doelmatigheid van de zorg kan worden verbeterd. Vóór de invoering van integrale bekostiging werden dergelijke zorgprogramma's vaak gefinancierd op projectbasis al dan niet met koptarief. IB is in feite een nieuw middel waarmee invoeren van zorgprogramma's kan worden gerealiseerd. Het is daarom van belang om onderscheid te maken tussen de effecten van de invoering van zorgprogramma's en de effecten van de invoering van IB. De onderzoeksvragen zijn als volgt geformuleerd:

- 1 Wat is het effect van de invoering van zorgprogramma's voor diabetes, COPD en VRM op de macrokosten van de zorg?;
- 2 Wat is het effect van de invoering van IB van zorgprogramma's voor diabetes, COPD en VRM op de macrokosten van de zorg;
- 3 In hoeverre heeft de invoering van DiM en IB geleid tot een verminderde instroom van patiënten naar het ziekenhuis?;
- 4 In hoeverre heeft de invoering van DiM en IB geleid tot een toenemende instroom van patiënten in zorgprogramma's voor diabetes en/of COPD?

In september 2011 is het RIVM, in samenwerking met Vektis, gestart met het onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van de declaratiegegevens van Vektis. Deze gegevens hebben alleen betrekking op de declaraties van de verzekerde zorg binnen het basispakket en omvatten de declaratiege-

gevens van de huisartsenzorg, paramedische zorg (fysiotherapie, diëtetiek, ergotherapie), ziekenhuiszorg (zowel polikliniek, dagopnamen als klinische opnamen) en medicatie. De declaratiegegevens worden gebruikt van de periode 2007 tot en met 2010. De onderzoekspopulatie is onderverdeeld in drie groepen: zorggroepen met integrale bekostiging, zorggroepen met een andere bekostigings-systeem (o.a. 'koptarief') en een onderzoekspopulatie met patiënten die niet participeren in een zorgprogramma. De kostenontwikkelingen worden zowel over de tijd heen als tussen de drie verschillende onderzoekspopulaties onderzocht.

De eerste rapportage over de resultaten van het onderzoek zal naar verwachting in het tweede kwartaal van 2012 beschikbaar zijn.

Bijlage 3

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 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 4

Afkortingen

COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
CVA	Cerebro Vasculair Accident	NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
CVRM	Cardio Vasculair Risico Management	NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
CVZ	College voor Zorgverzekeringen	NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie	NPCG	Nationaal Panel Chronische ziekten en Gehandicapten
EIB	Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging	NVD	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
EMD	Elektronisch Medisch Dossier	NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
GEZ	Geïntegreerde Eerstelijns Zorg	PACIC	Patient Assessment of Chronic Illness Care
HIS	Huisartsen Informatie Systeem	RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ICT	Informatie- en Communicatie Technologie	RVZ	Raad voor Volksgezondheid en Zorg
KIS	Keten Informatie Systeem	UVIT	Univé, VGZ, IZA, Trias
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg	VRM	Vasculair risicomanagement
LOVE	Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg	VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn	Wmo	Wet maatschappelijk ondersteuning
MDS	Minimale Data Sets	ZiZo	Zichtbare Zorg
M&I	Modernisatie & Innovatie	ZN	Zorgverzekeraars Nederland
NDF	Nederlandse Diabetes Federatie		



Januari 2012

Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

Telefoon 070 349 52 24

eib@zonmw.nl