

**Visie**

**Functionele bekostiging:  
vier niet-complexe  
chronische zorgvormen**

Diabetes, COPD, cardiovasculair  
risicomanagement en hartfalen



## Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Aanleiding	11
1.2 Probleemstelling	11
1.3 Totstandkoming van de visie	12
1.4 Opbouw document	13
<b>2. Kader</b>	<b>15</b>
2.1 Publieke belangen	15
2.2 Definities eerstelijnszorg	15
2.3 Relevante beleidsregels	16
2.4 Chronische aandoeningen	18
2.5 Aanbieders	19
<b>3. De gewenste situatie</b>	<b>21</b>
3.1 Effectieve en efficiënte zorgverlening vanuit de zorgvraag	21
3.2 Toegankelijkheid en kwaliteit	22
3.3 Coördinatie en afstemming	22
3.4 Zelfmanagement en keuzevrijheid	23
3.5 Preventie	23
3.6 Zo laag mogelijke kosten	24
3.7 Prikkel innovatie, kwaliteit en doelmatigheid	24
3.8 De overheid op afstand	25
3.9 Beperking administratieve lasten	25
<b>4. De bestaande situatie</b>	<b>27</b>
4.1 Meerwaarde samenwerking	27
4.2 Knelpunten bestaande situatie	30
4.3 Ervaringen met de Beleidsregel Innovatie	32
<b>5. Resultaten economische analyse</b>	<b>35</b>
5.1 Integratie eerstelijnszorg	35
5.2 Functionele bekostiging	36
5.3 Kwaliteit	36
5.4 Toegankelijkheid	37
5.5 Betaalbaarheid	38
<b>6. Visie</b>	<b>41</b>
6.1 Inleiding	41
6.2 Borging kwaliteit	42
6.3 Invulling regierol	44
6.4 Rol van de patiënt	47
6.5 Markttoezicht NZa	49
6.6 Advies	53
<b>7. Invulling prestaties</b>	<b>55</b>
7.1 Grenzen van de prestaties	55
7.2 Omschrijving prestatie	56
7.3 Inrichting van de prestatie	62
<b>8. Functionele bekostiging voor overige vormen van ketenzorg in de eerste lijn</b>	<b>65</b>
<b>Bijlage A. Achtergrond: diabetes, COPD, cardiovasculaire risico's en hartfalen</b>	<b>67</b>
<b>Bijlage B. Kwalitatieve meerwaarde samenwerking</b>	<b>71</b>

<b>Bijlage C. Economische analyse</b>	<b>75</b>
C.1 Geïntegreerde eerstelijnszorg	75
C.2 Functionele bekostiging	83
C.3 Kwaliteit	90
C.4 Toegankelijkheid	92
C.5 Betaalbaarheid	94
<b>Bijlage D. Geraadpleegde literatuur</b>	<b>97</b>

## Vooraf

Voor u ligt de visie van de NZa op functionele bekostiging van de vier niet-complexe chronische zorgvormen diabetes, COPD, cardiovasculair risicomangement en hartfalen. Dit document bevat een analyse naar de mogelijkheden en voorwaarden voor de invoering van functionele bekostiging van niet-complexe zorg voor de genoemde chronische aandoeningen.

Dit document is opgesteld naar aanleiding van een brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) waarin deze aangeeft de NZa een aanwijzing te zullen geven over de nieuwe bekostigingsvorm voor de vier chronische zorgvormen. In reactie hierop schrijft de NZa een visie over functionele bekostiging van deze vier zorgvormen op basis van een economische marktanalyse en gesprekken met marktpartijen. Dit heeft geleid tot onderhavige visie.

Gegeven de beperkte tijdspanne waarin deze visie opgeleverd moest worden, was het niet mogelijk alle betrokken partijen hun zienswijze te laten geven door middel van een volledige consultatieronde. Wel is een vijftiental partijen (marktpartijen en deskundigen vanuit de overheid en de wetenschap) gesproken ten behoeve van de totstandkoming van deze visie.

De NZa zal eind dit jaar een uitvoeringstoets uitbrengen over de toegevoegde waarde van functionele bekostiging voor de gehele eerstelijnszorg. De nu gemaakte visie zal daarom tevens ter consultatie voorgelegd worden aan marktpartijen. De NZa zal de zienswijzen van partijen betrekken bij de uitvoeringstoets.

De bedoeling van de consultatie is het toetsen van de onderhavige visie op bredere toepasbaarheid, volledigheid en juistheid. Mocht uit de reacties blijken dat niet alleen de uitvoeringstoets, maar ook de introductie van functionele bekostiging voor de genoemde chronische zorgvormen herziening behoeft, dan zal dit tijdig – nog voor de vaststelling van de bijbehorende prestaties – gebeuren.

Deze visie wordt ter consultatie voorgelegd aan alle (potentieel) betrokken marktpartijen. Het document wordt ook op de internetsite van de NZa geplaatst.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,



dr. M.E. Homan  
lid van Raad van Bestuur



mw. drs. C.C. van Beek MCM  
voorzitter a.i.



## Managementsamenvatting

### *Actuele context*

Eerstelijnszorg heeft een centrale positie binnen het Nederlandse zorgstelsel. Aanbieders in de eerstelijnszorg zijn het eerste aanspreekpunt voor patiënten wanneer zij behoefte hebben aan zorg. De vraag en het aanbod van eerstelijnszorg is de afgelopen jaren sterk veranderd, en zal dat de komende decennia naar verwachting blijven doen.

Door de NZa, VWS en marktpartijen is geconstateerd dat de prikkels in de eerste lijn niet altijd liggen waar deze maatschappelijk en economisch gewenst zijn. De zorg dient rondom de patiënt georganiseerd te worden, en niet de patiënt rondom de zorg. Dit geldt met name voor de wijze van bekostiging, die nu teveel gericht is op de aanbieder, en niet op de zorgvrager. Een mogelijke manier om te komen tot een kwalitatief betere en betaalbare eerstelijnszorg is de invoering van functionele bekostiging.

### *Probleemstelling*

In de visie staat de vraag centraal of functionele bekostiging per 1 januari 2010 kan worden geïntroduceerd voor zorg voor vier chronische aandoeningen (diabetes, COPD, cardiovasculaire aandoeningen en hartfalen), en onder welke voorwaarden.

In de analyse ten behoeve van deze visie komen de volgende vragen aan de orde:

- Wat zijn de knelpunten in de bestaande situatie met betrekking tot de zorg voor chronische aandoeningen (diabetes, COPD, cardiovasculaire aandoeningen en hartfalen), waar het gaat om zorg en de huidige bekostiging?
- Wat zijn de voor- en nadelen, kansen en risico's van geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit het perspectief van verschillende private actoren (patiënten; verschillende eerstelijnszorgaanbieders; zorgverzekeraars) en vanuit het perspectief van publieke belangen (toegankelijkheid; kwaliteit; betaalbaarheid)? Hoe kunnen de voordelen worden vergroot en/of de nadelen worden beperkt?
- Wat zijn de voor- en nadelen, kansen en risico's van functionele bekostiging? Hoe kunnen eventuele maatschappelijke voordelen worden vergroot en eventuele nadelen worden beperkt?

De focus van deze visie ligt op de vier door VWS geïdentificeerde chronische zorgvormen (diabeteszorg, COPD-zorg, cardiovasculair risicomanagement en zorg voor hartfalen), die als eerste in aanmerking komen voor functionele bekostiging.

### *Totstandkoming van de visie*

De visie is tot stand gekomen op basis van literatuuronderzoek (zie bijlage visie) en interviews met interne en externe deskundigen.

### *Meerwaarde samenwerking*

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat gestructureerde samenwerking tussen zorgaanbieders meerwaarde heeft. Deze meerwaarde zit met name in de dynamiek van het zorgproces, het management van schakelpunten, een gestructureerde overdracht, het feit dat de patiënt structurele aandacht krijgt, meerdere disciplines betrokken worden en gewerkt wordt volgens protocollen.

Per saldo blijkt dat de kosten van de eerstelijnszorg hierdoor stijgen, maar de kosten van zorg in de tweede lijn dalen. Uit huidig onderzoek van VWS en eerder wetenschappelijk onderzoek blijken de besparingen in de tweede lijn groter dan de meerkosten in de eerste lijn.

#### *Gewenste situatie*

Op grond van een analyse van de beschikbare stukken blijkt dat het ministerie van VWS, patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars en zorgaanbieders als het gaat om de hoofdlijnen van de gewenste situatie, eigenlijk niet of nauwelijks met elkaar van mening te verschillen:

#### **In de gewenste situatie is sprake van effectieve en efficiënte zorgverlening vanuit zorgvraag van de (chronische) patiënt...**

... waarbij de benodigde zorg voldoende toegankelijk is en van goede kwaliteit;

. waarbij de benodigde zorg goed wordt gecoördineerd en waar nodig afgestemd, met behoud professionele verantwoordelijkheid van zorgverleners;

... waarbij patiënten voldoende ruimte én waar nodig ondersteuning krijgen voor zelfmanagement en keuze tussen zorgverleners en behandeltrajecten;

... waarbij de zorgvraag zo beperkt en ongecompliceerd mogelijk blijft door goede preventie;

... waarbij de benodigde zorg wordt verleend tegen zo laag mogelijke kosten;

... waarbij er continue prikkels zijn voor innovatie en verhoging van kwaliteit en doelmatigheid;

... waarbij de overheid de randvoorwaarden creëert, en marktpartijen voor de invulling zorgen;

... waarbij de administratieve lasten zoveel mogelijk worden beperkt.

#### *Huidige knelpunten*

Op grond van onze analyse concluderen we dat in de huidige situatie de volgende knelpunten bestaan met betrekking tot de zorg voor chronische aandoeningen (diabetes, COPD, cardiovasculaire aandoeningen en hartfalen):

- suboptimaal gebruik tussen eerste en tweede lijn;
- bestaan van 'verzekeringsschotten';
- niet-kosteneffectieve bekostiging;
- geen vergoedingen voor onderlinge dienstverlening tussen eerstelijnszorgaanbieders;
- suboptimale zorginhoudelijke afstemming tussen eerstelijnszorgaanbieders;
- dubbele bekostiging.

#### *Resultaten economische analyse*

Uitgaand van bovenstaande hebben we de voor- en nadelen / kansen en risico's van integratie van de eerstelijnszorg onderzocht in de economische analyse, alsmede van het toepassen van functionele bekostiging. De resultaten van de economische analyse zijn samengevat in onderstaande tabel, geordend naar gevolgen voor de publieke belangen.



**Tabel 1. Conclusies economische analyse functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg**

Publieke belangen	Voordelen/kansen	Nadelen/risico's
Kwaliteit	Potentiële medisch-inhoudelijke meerwaarde	Bij inkoopmacht van de geïntegreerde eerstelijnszorgaanbieder, risico van uitsluiting van 'losse' zorgaanbieders met als gevolg afname van kwaliteit indien er geen meerwaarde van integratie is
	Meerwaarde met betrekking tot proceskwaliteit	Risico van excessief lage tarieven voor zorgaanbieders en daardoor vershraling van zorg
	Betere prijs kwaliteit verhouding in geval van diensten die door meerdere aanbieders worden verzorgd	Risico van uitsluiting en verstoring van aanbod alternatieven in termen van prijs/kwaliteit
		Marginale toetsing van de vraag wanneer diensten substituten zijn
		Nog onvoldoende transparantie met betrekking tot indicatoren
Toegankelijkheid	Betere doorlooptijden	Afname van keuzevrijheid door sturing binnen programma
	Zorg dichterbij huis bij substitutie van tweede naar eerste lijn	Afname van keuzevrijheid en langere reistijd door uitsluiting van zorgaanbieders
		Te weinig prikkels om toegankelijkheid te vergroten bij marktmacht
		Risico suboptimaal zorgaanbod, wanneer patiënten te lang in de eerste lijn gehouden worden
		Lagere toegankelijkheid voor 'dure' patiënten in geval zich risico-selectie voordoet
Betaalbaarheid	Kostenbesparingen als gevolg van afname patiënten naar de tweede lijn	In geval van marktmacht van geïntegreerde eerstelijnszorgaanbieder bestaat het risico dat kostenbesparingen niet worden doorgegeven aan patiënten
	Kostenbesparingen door voorkomen van dubbele bekostiging	In geval van marktmacht leidt risico van excessief hoge vergoedingen op korte termijn tot afname betaalbaarheid
	Kostenbesparingen door substitutie van tweede naar eerste lijn	Op langere termijn kan uitsluiting van zorgaanbieders door afname van concurrentie ook tot afname betaalbaarheid leiden
	Kostenbesparingen door substitutie binnen eerstelijnszorg	In geval patiënten langer in de eerste lijn gehouden worden en/of daardoor geen adequate (complexe) zorg krijgen risico op kostenstijging door toename complicaties
	Lagere premies zorgverzekeringen	

**Visie**

De NZa concludeert dat de invoering van functionele bekostiging voor de vier chronische aandoeningen in potentie toegevoegde waarde heeft voor de consument mits aan een aantal randvoorwaarden is voldaan.

Deze randvoorwaarden zijn bedoeld om de risico's te beheersen die kunnen optreden ten aanzien van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg:

- aanwezigheid van een door eerste- en tweedelijns zorgaanbieders geaccepteerde en door patiëntenverenigingen gelegitimeerde zorgstandaard. Dit betekent dat alleen voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement functionele bekostiging kan worden geïntroduceerd per 1 januari 2010;
- verlagen toetredingsdrempels, teneinde te stimuleren dat ook andere zorgaanbieders dan huisartsen de rol van regisseur op zich kunnen gaan nemen;

- verhogen transparantie ten behoeve van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten;
- verbeteren positie patiënt.

De NZa zal de mogelijkheden onderzoeken die zij heeft vanuit haar markttoezichtsrol voor het verlagen van toetredingsdrempels, verhogen van transparantie en verbeteren van de positie van de patiënt.

Mits voldaan wordt aan deze randvoorwaarden acht de NZa de introductie van tariefregulering voor de vier chronische zorgvormen vooralsnog niet noodzakelijk.

De NZa adviseert de minister derhalve functionele bekostiging per 1 januari 2010 in te voeren voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement.

#### *Invulling prestaties*

Ten aanzien van het uitwerken en vaststellen van de prestaties vloeien uit onderhavige analyse de volgende aandachtspunten voort:

- de huidige grenzen van de aanspraak in termen van basisverzekering/aanvullende verzekering vormen een potentiële belemmering bij het opstellen van prestaties ten behoeve van de vier chronische zorgvormen. Gegeven de korte termijn dient hier pragmatisch mee om gegaan te worden.;
- de huidige grenzen van de aanspraak in termen van huidige schotten tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn vormen een potentiële belemmering bij het opstellen van prestaties ten behoeve van de vier chronische zorgvormen. Gegeven de korte termijn dient hier pragmatisch mee om gegaan te worden.
- kies voor de uitwerking van de prestatie een tussenvorm van een algemene en een strikt omschreven prestatie;
- creëer bij het opstellen van de prestaties een heldere afgrenzing richting generalistische eerstelijnszorg en veel voorkomende comorbiditeiten.

## 1. Inleiding

### 1.1 Aanleiding

Eerstelijnszorg heeft een centrale positie binnen het Nederlandse zorgstelsel. Aanbieders in de eerstelijnszorg zijn het eerste aanspreekpunt voor patiënten wanneer zij behoefte hebben aan zorg. De vraag en het aanbod van eerstelijnszorg is de afgelopen jaren sterk veranderd, en zal dat de komende decennia naar verwachting blijven doen. Dit is onder meer het gevolg van de veroudering van de Nederlandse bevolking en een toename van de complexiteit van de zorg door een stijgend aandeel van mensen met een chronische aandoening.

In 2007/2008 is door de NZa, VWS en marktpartijen geconstateerd dat de prikkels in de eerste lijn niet altijd liggen waar deze maatschappelijk en economisch gewenst zijn. De zorg dient rondom de patiënt georganiseerd te worden, en niet de patiënt rondom de zorg. Dit geldt met name voor de wijze van bekostiging, die nu teveel gericht is op de aanbieder, en niet op de zorgvrager. Daarbij kunnen dezelfde prestaties nu verschillend bekostigd worden, en soms zelfs verschillend geprijsd. Een nadere heroriëntering op de huidige bekostigingsstructuur extramurale curatieve zorg is daarom gewenst.

Een mogelijke manier om te komen tot een kwalitatief betere en betaalbare eerstelijnszorg is de (gedeeltelijke) invoering van functionele bekostiging. Functionele bekostiging gaat uit van vraagsturing in plaats van aanbodsturing. De te verzekeren prestaties zijn in de zorgverzekeringswet functioneel omschreven. Alleen het 'wat' (inhoud en omvang van de zorg) en het 'wanneer' (indicatiegebieden) zijn in de regelgeving opgenomen. Wie de zorg verleent en waar de zorg wordt verleend is ter bepaling van de zorgverzekeraar<sup>1</sup>.

In zijn brief van 22 december 2008 zet de Minister zijn visie uiteen op de functionele bekostiging van vier chronische zorgvormen. Hij voorziet hierbij een programmatische aanpak: diabeteszorg, COPD-zorg, cardiovasculair risicomanagement (CVR) en zorg voor hartfalen. Om tot een functionele bekostiging van deze chronische zorgvormen te komen kondigt hij in de brief aan de NZa te zullen vragen om met vier Beleidsregels te komen die een functionele bekostiging van zorgprogramma's voor deze chronische aandoeningen helpen implementeren.

Als onderdeel van de voorbereiding om met deze Beleidsregels te komen brengt de NZa eerst een Visie uit over functionele bekostiging van de zorg voor de vier genoemde chronische aandoeningen.

### 1.2 Probleemstelling

In de visie staat de vraag centraal of functionele bekostiging per 1 januari 2010 kan worden geïntroduceerd voor zorg voor vier chronische aandoeningen (diabetes, COPD, cardiovasculaire aandoeningen en hartfalen, en onder welke voorwaarden.

In de analyse ten behoeve van deze visie komen de volgende vragen aan de orde:

---

<sup>1</sup>CVZ: Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden', november 2008; p. 5

- Wat zijn de knelpunten in de bestaande situatie met betrekking tot de zorg voor chronische aandoeningen, waar het gaat om zorg en de huidige bekostiging?
- Wat zijn de voor- en nadelen, kansen en risico's van geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit het perspectief van verschillende private actoren (patiënten; verschillende eerstelijnszorgaanbieders; zorgverzekeraars) en vanuit het perspectief van publieke belangen (toegankelijkheid; kwaliteit; betaalbaarheid)? Hoe kunnen de voordelen worden vergroot en/of de nadelen worden beperkt?
- Wat zijn de voor- en nadelen, kansen en risico's van functionele bekostiging? Hoe kunnen eventuele maatschappelijke voordelen worden vergroot en eventuele nadelen worden beperkt?

De focus van deze visie ligt op de zorgvormen voor de vier door VWS geïdentificeerde chronische aandoeningen (diabeteszorg, COPD-zorg, cardiovasculair risicomanagement en zorg voor hartfalen), die als eerste in aanmerking komen voor functionele bekostiging.

Ten behoeve van de beantwoording van bovenstaande vragen heeft de NZa een economische analyse uitgevoerd naar de maatschappelijke kosten en opbrengsten, en kansen en risico's, van geïntegreerde eerstelijnszorg (een programmatische aanpak in de eerste lijn), en functionele bekostiging daarvan.

### 1.3 Totstandkoming van de visie

Voor deze visie is gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- economische literatuur (meer precies literatuur op het gebied van regulering, contracttheorie en mededinging);
- studies, artikelen en rapporten over geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging;
- beleidsdocumenten van de NZa;
- interviews met experts van de NZa en marktpartijen.

Onderstaande tabel bevat een overzicht van de partijen waarmee de NZa een gesprek heeft gevoerd ten behoeve van deze visie.

**Tabel 2. Gesprekspartners visie**

Consumenten	Zorgaanbieders	Zorgverzekeraars	Overheid	Wetenschap
CG-Raad (Q. van Woerdekom)	LHV (K. Rosmalen)	AGIS (A. Poll, A. van Straalen, E vd Vorst)	IGZ/ZiZo (M. Appelman)	Prof. G. Schrijver (Julius Centrum)
NPCF (J. Coolen, F. Vogelzang)	LVG (M. Dijns, L. Kliphuis)	UVIT (D. Drossaert, J. Batenburg)	RIVM (J. Struijs, M. Varkevisser)	M. Berg (Erasmus/Plexus/VWS)
De Hart- en Vaatgroep (M. Weerts)	GC Zuiderkroon (B. Lim)	ZN (M. Bouwmans, H. Paans)	CVZ (C. Mastenbroek, G. Hendriks, vd Meer)	Prof. v. Schilfgaarde
Diabetesvereniging Nederland (M. Ploeg)	NDV (D. vd Heuvel, N. Bakker)			NIVEL (Prof. P. Groenewegen, Prof. D. de Bakker, Prof. F. Schellevis, R. Verheij, C. van Dijk, R. Friele, Prof. J. Hansen)
Astmafonds (M. Rutgers)				

Gegeven de beperkte tijdspanne waarin deze visie opgeleverd moest worden, was het niet mogelijk alle betrokken partijen hun zienswijze te laten geven door middel van een volledige consultatieronde. De NZa zal dit op korte termijn alsnog realiseren door middel van een consultatiebijeenkomst, waarin de resultaten in deze visie worden toegelicht.

De NZa zal eind dit jaar een uitvoeringstoets uitbrengen over de toegevoegde waarde van functionele bekostiging voor de gehele eerstelijnszorg. De nu gemaakte visie zal daarom tevens ter consultatie voorgelegd worden aan marktpartijen. De NZa zal de zienswijzen van partijen betrekken bij de uitvoeringstoets.

De bedoeling van de consultatie is het toetsen van de onderhavige visie op bredere toepasbaarheid, volledigheid en juistheid. Mocht uit de reacties blijken dat niet alleen de uitvoeringstoets, maar ook de introductie van functionele bekostiging voor de genoemde chronische zorgvormen herziening behoeft, dan zal dit tijdig – nog voor de vaststelling van de bijbehorende prestaties – gebeuren.

## 1.4 Opbouw document

Dit document is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 bevat het kader van waaruit de NZa haar analyse voert: de publieke belangen, gehanteerde definities en relevante beleidsregels. In hoofdstuk 3 komt de gewenste situatie aan de orde, zoals we als maatschappij eigenlijk zouden willen dat die voor chronische patiënten wordt ingevuld. In hoofdstuk 4 wordt de situatie beschouwd zoals die nu is, en die we als vertrekpunt hanteren.

De conclusies van de door de NZa uitgevoerde economische analyse komen aan de orde in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 wordt op grond hiervan de visie van de NZa neergezet ten aanzien van de introductie van functionele bekostiging voor de vier chronische aandoeningen, en de randvoorwaarden die daarbij gelden. In hoofdstuk 7 wordt een voorschot genomen op de ontwikkeling en vaststelling van bijbehorende prestaties. Tot slot wordt in hoofdstuk 8 een doorkijkje gegeven van de mogelijke consequenties van de analyse voor overige vormen van ketenzorg.

Bijlage A bevat achtergrondinformatie over het aantal patiënten met chronische aandoeningen en de kosten van zorg.

Bijlage B bevat een beschouwing van bestaande literatuur over de bijdrage van samenwerking aan kwaliteitsverbetering in de zorg.

Bijlage C bevat de economische analyse die ten grondslag ligt aan deze visie.

Bijlage D bevat een overzicht van geraadpleegde literatuur.



## 2. Kader

### 2.1 Publieke belangen

Deze visie gaat in op de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om te zorgen dat integratie van de eerstelijnszorg en functionele bekostiging hiervan bijdragen aan de realisatie van publieke doelen waarop de NZa toeziet: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

#### *Kwaliteit*

Consumenten hebben recht op zorg van voldoende kwaliteit. Dat wil zeggen dat de zorg veilig, effectief en patiëntgericht moet zijn. In Nederland bewaakt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de medische kwaliteit van zorg. Maar ook de NZa heeft een rol bij het behartigen van het publiek belang kwaliteit. Ten eerste heeft de NZa een rol met betrekking tot de transparantie van de kwaliteit. Verder is het zo dat een eventuele wijziging van de bekostigingsstructuur van de zorg gevolgen kan hebben voor de kwaliteit van de zorg.

#### *Toegankelijkheid*

De zorg moet voor alle consumenten toegankelijk zijn, zowel financieel als fysiek. Financiële toegankelijkheid wil zeggen dat de eigen betaling geen belemmering vormt voor mensen om medische zorg te kunnen krijgen. Fysieke toegankelijkheid wil zeggen dat mensen toegang hebben tot de juiste zorg binnen een redelijke reisafstand en binnen een redelijke tijd. Keuzevrijheid vormt ook onderdeel van toegankelijkheid. Het beperkt de toegankelijkheid als patiënten niet de aanbieder van hun voorkeur kunnen kiezen.

#### *Betaalbaarheid*

Ten slotte is het van belang dat de zorg betaalbaar blijft, zowel op microniveau (een betaalbare basisverzekering) als op macroniveau (geen afkalving van koopkracht of explosief stijgende overheidsuitgaven). Daarvoor is het belangrijk dat de geleverde zorg op een doelmatige, efficiënte manier tot stand komt. Hierbij gaat het om de prijs/kwaliteit verhoudingen.

### 2.2 Definitie eerstelijnszorg

In het kader van deze visie zijn de volgende begrippen en concepten van belang.

#### *Generalistische zorg*

Generalistische zorg is direct toegankelijke zorg voor alle mensen, gericht op al hun gezondheidsproblemen. Dit bevat alle activiteiten die leiden tot een diagnose, generalistische behandeling, verzorging, verpleging en (na)zorg van de patiënt. Hiervoor kunnen verschillende contactmomenten tussen de patiënt en zorgaanbieder nodig zijn. Onder generalistische zorg valt: toegang en triage, verzorging en verpleging, geprotocolleerde basiszorg, huisartsgeneeskundige zorg (weinig complex), eerstelijnsdiagnostiek, verloskundige zorg, gespecialiseerde verpleegkundige zorg, farmaceutische zorg, en generalistische zorg houding en beweging.

#### *Generalistische huisartsenzorg*

In dit document wordt deze term gebruikt teneinde een onderscheid te

maken tussen de zorg die in het kader van een specifieke (chronische) aandoening geleverd wordt en de overige zorg zoals de huisarts pleegt te bieden.

#### *Eerstelijnszorg*

Eerstelijnszorg kenmerkt zich in het bijzonder door een generalistische zorgverlening, laagdrempelige toegang, zorg in de buurt, gericht op de mens in zijn (directe) omgeving, het ambulante karakter en gericht op coördinatie en continuïteit.

#### *Samenwerking*

Samenwerking bestaat in ieder geval uit samenwerking tussen zorgaanbieders die zorg verlenen of kunnen verlenen zoals verwoord onder generalistische zorg. Zij bieden en leveren gezamenlijk een geïntegreerd op elkaar afgestemd doelmatig zorgaanbod<sup>2</sup>.

#### *Geïntegreerde eerstelijnszorg*

Geïntegreerde eerstelijnszorg betreft multidisciplinaire eerstelijnszorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de patiënt te leveren.<sup>3</sup>

#### *Ketenzorg*

Een samenwerkingsverband tussen zorgaanbieders die zowel zelfstandig als afhankelijk van elkaar functioneren, met de patiënt als middelpunt. Het ketenzorgproces bevat de opeenvolgende stappen van hulpvraag tot zorgverlening. Het betreft de zorg die, vanuit het perspectief van de patiënt, een continu karakter heeft door het afstemmen en samenwerken van de betrokken beroepsgroepen en instellingen.

#### *Functionele bekostiging*

Functionele bekostiging is bekostiging op basis van de prestatie, en niet op basis van de zorgaanbieder die de prestatie levert. Het gaat niet om 'wie' maar om 'wat' wordt bekostigd.

#### *Gezondheidscentrum*

Een gezondheidscentrum is een structureel multidisciplinair samenwerkingsverband voor de eerstelijnsgezondheidszorg waarbij die samenwerking in ieder geval bestaat uit samenwerking tussen een huisarts met één of meer zorgaanbieders<sup>4</sup>.

#### *Zorggroep*

Een zorggroep is een organisatie waarbinnen een groep zorgaanbieders zich in een juridische entiteit hebben verenigd om de zorgverlening op het gebied van één of meer (chronische) ziekten te verzorgen. Zij sluiten contracten met zorgverzekeraars om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren.

## **2.3 Relevante beleidsregels**

Op grond van de NZa Beleidsregels Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties<sup>5</sup>; Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten<sup>6</sup>; en verrichtingenlijst module Modernisering &

---

<sup>2</sup> Bron: CV-7000-3.0.-2

<sup>3</sup> Bron: CV-7000-3.0.-2

<sup>4</sup> Bron: Beleidsregel CU-001

<sup>5</sup> Beleidsregel CV-7000-4.0.-2/CA-276

<sup>6</sup> Beleidsregel CV-7000-3.0.-2



Innovatie (M&I)<sup>7</sup> is er door de NZa de mogelijkheid geboden om op diverse manieren samenwerking te bekostigen. Hieronder wordt elk van deze Beleidsregels nader toegelicht.

### 2.3.1 Beleidsregel M&I

Middels de Beleidsregel verrichtingenlijst module M&I (vanaf hier module M&I) kan een huisarts (deze module is alleen geschikt voor het bekostigen van huisartsen) per deelnemende patiënt een opslag op het abonnementstatief ontvangen indien hij deelneemt aan specifieke projecten die samenwerking bevorderen. Hierbij kan gedacht worden aan NHG-praktijkaccreditatie, deelname aan projecten op het terrein voor chronisch zieken en deelname aan het FTO<sup>8</sup>. Daarnaast kan een huisarts middels de beleidsregel op grond van een vastgestelde verrichtingenlijst per deelnemende patiënt een opslag op het consulttarief ontvangen.

Deze module is voornamelijk bedoeld ter dekking van extra inspanning om uiteindelijk de kwaliteit van de zorg te doen laten toenemen.

### 2.3.2 Beleidsregel Samenwerking

De Beleidsregel Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten (vanaf hier: Beleidsregel Samenwerking) is ontstaan om samenwerkingsverbanden te stimuleren en te continueren. Na het wegvallen van subsidies voor gezondheidscentra<sup>9</sup> is het mogelijk gemaakt om middels deze module de samenwerking te bekostigen. Ook dit is weer een module die voor elke verzekerde patiënt bovenop het inschrijftarief gedeclareerd kan worden, de zorgverlening zelf wordt gewoon nog op de reguliere wijze bekostigd.

In de praktijk wordt er voornamelijk door gezondheidscentra aanspraak op deze beleidsregel gemaakt. Het idee is dat deze module meer bekostigt dan alleen de projecten waarin wordt samengewerkt; door de multidisciplinaire opzet zou er ook een verbetering in de generalistische zorg moeten optreden.

### 2.3.3 Beleidsregel Innovatie

Voor het bekostigen van de programmatische aanpak van een bepaalde zorgvraag heeft de NZa een aantal projecten goedgekeurd onder de Beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties (vanaf hier Beleidsregel Innovatie) waarin onder meer wordt 'geëxperimenteerd' met geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging. Bij deze projecten is de NZa alleen nagegaan of in het contract de prestatie, het tarief en een plan van aanpak, inclusief evaluatie, voor het experiment zijn opgenomen in het contract. Er heeft geen inhoudelijke beoordeling van de beschreven prestatie en het project plaats gevonden.

De prestatie 'innovatie' is een relatief kortdurend, kleinschalig experiment. De prestatie dient alle zorg te omvatten die nodig is om het zorgproces voor een groep van patiënten met dezelfde soort zorgvraag in zijn totaal of programmatisch te leveren. De prijs is hierbij vrijgegeven door de NZa en is te declareren per patiënt die deelneemt aan het experiment. De prestatie innovatie wordt ingevuld door ziektekostenverzekeraar en zorgaanbieder, zodanig dat de zorg voor

---

<sup>7</sup> Beleidsregel CV-5000-4.1.6.-7

<sup>8</sup> Farmacotherapeutisch overleg: hierin worden op lokaal niveau periodiek afspraken gemaakt over het voorschrijfbeleid.

<sup>9</sup> Deze subsidie was geldig tot en met 2006, in 2007 en 2008 is de subsidie afgebouwd en per 2009 geheel verdwenen.

desbetreffende patiënten duidelijk is verwoord inclusief de beoogde uitkomsten van die zorg.

De experimenten mogen een maximale looptijd hebben van drie kalenderjaren na de startdatum en de beleidsregel is van toepassing op zorgprestaties waarvoor nog geen prestatiebeschrijving door de NZa is vastgesteld. De experimenten dienen gericht te zijn op nieuwe of vernieuwde zorglevering met een betere prijs/kwaliteitsverhouding. Gelet is op substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnsgezondheidszorg of op verbetering van kwaliteit van zorg voor de patiënt. Het zijn voornamelijk zorggroepen en medische coördinatie centra die deze experimenten indienen.

### 2.3.4 Samenvatting beleidsregels

Onderstaande tabel geeft een samenvatting van de verschillende mogelijkheden.

**Tabel 3. Samenvatting mogelijkheden beleidsregels**

	M&I	Samenwerking	Innovatie
Tarief	per deelnemende patiënt opslag op abonnementstarief en/of consulttarief	opslag op abonnementstarief alle verzekerden	vrij en per deelnemende patiënt
Prestatie	specifieke activiteiten die samenwerking bevorderingen	multidisciplinaire opzet van zorgverlening	eerstelijns GEZ experiment
Ontvanger	huisarts	samenwerkingsverbanden, vooral gezondheidscentra	vooral zorggroep en medische coördinatie centra
Mono-/ multidisciplinair voorstel	monodisciplinair	multidisciplinair	multidisciplinair

Bron: NZa

Alle mogelijkheden stimuleren in feite samenwerking in het algemeen. Echter, de beleidsregels Samenwerking en Innovatie betreffen, in tegenstelling tot de Module M&I, ook een multidisciplinair voorstel. Beide beleidsregels kennen een vergoeding gericht op de samenwerkende organisatie en niet alleen een (afwijkend) tarief voor de huisarts zoals bij de beleidsregel M&I het geval is.

## 2.4 Chronische aandoeningen

Ruim een kwart van de Nederlandse bevolking heeft een of meerdere chronische ziekten. In totaal telt Nederland daarmee ongeveer 4,5 miljoen chronisch zieken. Onder chronisch zieken zijn meer mannen dan vrouwen. Zoals verwacht, zijn er meer ouderen met een chronische aandoening (57% van de 75-plussers) dan jongeren (17% van de 15-24 jarigen). Deze cijfers zijn gebaseerd op een selectie van dertig chronische aandoeningen, gemeten in de huisartspraktijk. Andere selecties van ziekten en andere settings (bijvoorbeeld in de ziekenhuispopulatie) leiden tot andere resultaten.

In 2005 werd in totaal in Nederland 68,5 miljard euro aan de gezondheidszorg uitgegeven. Per inwoner gaat het om een bedrag van

4.200 euro. De kosten voor chronisch zieken (20% van de verzekerden) bevatten een aanzienlijk deel van het totale bedrag dat aan de gezondheidszorg wordt uitgegeven, namelijk 70% van de totale zorgkosten binnen de Zvw. Dit kwam in 2006 neer op 18.3 miljard euro. Een deel van deze kosten heeft betrekking op de eerste lijn. Daar bovenop komt nog eens 23 miljard euro vanuit de AWBZ. In totaal wordt 64% van de ziekenhuiskosten voor zorg voor chronisch zieken gemaakt. Voorspelde ontwikkelingen van de kosten van een aantal chronische aandoeningen laten zien dat er een enorme toename in kosten verwacht wordt.

De focus van de onderhavige analyse ligt op de vier door VWS geïdentificeerde chronische aandoeningen:<sup>10</sup>

- *diabetes mellitus (type II), ofwel suikerziekte (hierna: diabetes)*: een chronische stofwisselingsziekte die gepaard gaat met een te hoog glucosegehalte in het bloed;
- *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*: een chronische vernauwing van de luchtwegen die de ademhaling beperkt;
- *Cardiovasculaire aandoeningen (CVA)*: cardiovasculair risicomanagement (CVR) betreft de diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor hart- en vaatziekten (HVZ), inclusief leefstijladviezen en begeleiding, bij patiënten met een verhoogd risico van eerste of nieuwe manifestaties van HVZ;
- *hartfalen*: een klinisch syndroom dat bestaat uit een combinatie van klachten en verschijnselen die direct of indirect het gevolg zijn van een tekortschietende pompfunctie van het hart.

Een aanzienlijk deel van de huidige uitgaven aan chronische aandoeningen betreft de uitgaven voor deze vier aandoeningen. Juist bij deze aandoeningen wordt ook een grote toename in de uitgaven verwacht.

## 2.5 Aanbieders

Chronisch zieken hebben over het algemeen zorg nodig van aanbieders met verschillende disciplinaire achtergronden. Onderstaande tabel geeft een overzicht van betrokken zorgaanbieders voor elk van de vier chronische aandoeningen.

---

<sup>10</sup> Een meer uitgebreide beschrijving van de vier chronische aandoeningen is opgenomen in bijlage A.

**Tabel 4. Functies en aanbieders geïntegreerde eerstelijnszorg voor de 4 chronische aandoeningen**

Aanbieders	Diabetes	COPD	Cardiovasculair risico-management	Hartfalen
Huisarts	✓	✓	✓	✓
Praktijkondersteuner	✓	✓	✓	✓
Praktijkverpleegkundige	✓	✓	✓	✓
Apotheker	✓	✓	✓	✓
Diëtist	✓	✓	✓	✓
Fysiotherapeut	✓	✓	✓	✓
(Medisch) psycholoog	✓	✓	✓	✓
Maatschappelijk werker	✓	✓	✓	✓
Arbo-arts	✓	✓	✓	✓
Diabetesverpleegkundige	✓			
Podotherapeut / pedicure	✓			
Optometrist	✓			
Longverpleegkundige		✓		
Longfunctielaborant		✓		
Logopedist		✓		
Verpleegkundig specialist	✓	✓	✓	✓
Ergotherapeut	✓	✓	✓	✓
Specialist	✓	✓	✓	✓

Bron: NZa

Bij de zorg voor chronisch zieken is een relatief groot aantal zorgaanbieders betrokken. Juist omdat de zorg voor chronische aandoeningen wordt geleverd door verschillende zorgaanbieders is coördinatie en afstemming tussen zorgaanbieders belangrijk om de zorg te optimaliseren. Coördinatie en afstemming is nodig om de diensten van verschillende zorgaanbieders goed op elkaar te laten aansluiten (in geval van 'complementaire' diensten) en overlap te voorkomen (in geval van 'substituten').

### 3. De gewenste situatie

In dit hoofdstuk wordt op hoofdlijnen de eerstelijns curatieve zorg beschreven zoals we als maatschappij eigenlijk zouden willen dat die voor chronische patiënten wordt ingevuld. Met andere woorden: de 'gewenste situatie'.

Als het gaat om de hoofdlijnen van de gewenste situatie, blijkt op grond van een analyse van beschikbare literatuur<sup>11</sup> dat het ministerie van VWS, patiënten, verenigingen van patiënten en consumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders eigenlijk niet of nauwelijks met elkaar van mening verschillen. In onderstaande beschrijving is als uitgangspunt genomen dat sprake moet zijn van 'effectieve zorgverlening vanuit de zorgvraag van de patiënt'. Alle erop volgende punten zijn te beschouwen als belangrijke aanvullingen en randvoorwaarden op dat leidende uitgangspunt.

#### **De gewenste situatie**

In de gewenste situatie is sprake van effectieve en efficiënte zorgverlening vanuit zorgvraag van de (chronische) patiënt...

- ... waarbij de benodigde zorg voldoende toegankelijk is en van goede kwaliteit;
- . waarbij de benodigde zorg goed wordt gecoördineerd en waar nodig afgestemd, met behoud professionele verantwoordelijkheid van zorgverleners;
- ... waarbij patiënten voldoende ruimte én waar nodig ondersteuning krijgen voor zelfmanagement en keuze tussen zorgverleners en behandeltrajecten;
- ... waarbij de zorgvraag zo beperkt en ongecompliceerd mogelijk blijft door goede preventie;
- ... waarbij de benodigde zorg wordt verleend tegen zo laag mogelijke kosten;
- ... waarbij er continue prikkels zijn voor innovatie en verhoging van kwaliteit en doelmatigheid;
- ... waarbij de overheid de randvoorwaarden creëert, en marktpartijen voor de invulling zorgen;
- ... waarbij de administratieve lasten zoveel mogelijk worden beperkt.

Dit hoofdstuk geeft de richting aan waarin stappen kunnen worden genomen, om goed in het oog te houden waar de maatregelen die nu worden voorbereid uiteindelijk op zijn gericht, en ook als toetspunten voor de voorlopige bevindingen en voorstellen die de NZa in deze visie schetst voor nieuwe prestatieomschrijvingen en bekostigingssystemen. De toetspunten vallen niet één op één samen met de publieke belangen 'kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid', maar kunnen wel worden gezien als een concretisering daarvan, toegepast op de geïntegreerde eerstelijns curatieve zorg voor chronische patiënten.

#### **3.1 Effectieve en efficiënte zorgverlening vanuit de zorgvraag**

De prestatieomschrijvingen en het bekostigingssysteem moeten zo zijn, dat de zorgverlening plaats kan vinden vanuit de zorgvraag van de

<sup>11</sup> Zie bijlage D.

(chronische) patiënt. Niet de aanbieder of de aandoening staat voorop, maar de patiënt, met zijn of haar specifieke situatie, klachtenpatroon en mogelijk combinatie van aandoeningen (comorbiditeit). Alle benodigde zorg voor de patiënt moet voldoende aan bod kunnen komen. De patiënt krijgt de zorg waar hij binnen de wettelijke verzekering recht op heeft (wettelijke aanspraak).

Maar het gaat om meer dan dat: vanuit de benodigde zorg is het niet van belang of het gaat om zorg uit de eerste of tweede lijn, en of de zorg verzekerd is via Zvw, AWBZ, via de aanvullende verzekering, of onder de Wmo valt. Doel is optimaal recht te doen aan de integrale zorgvraag van de patiënt, en de zorg te bieden die daarbij, volgens de huidige medische inzichten en standaarden, tot de beste resultaten kan leiden.

De afstemming tussen de verschillende prestatieomschrijvingen en bekostigingssystemen moet zo zijn, dat dit geen belemmering oplevert om een patiënt te voorzien van de zorg die leidt tot de een voor hem optimale gezondheidssituatie. Dit onder de voorwaarde dat de patiënt ook zelf binnen zijn mogelijkheden zijn verantwoordelijkheid neemt, en binnen de grenzen die de samenleving vanuit het oogpunt van betaalbaarheid stelt aan de collectief te financieren zorg. Kortom: de invulling van de prestatieomschrijving en de bekostiging moet aansluiten bij de integrale zorgvraag van de patiënt, voor zover mogelijk binnen het stelsel van de wettelijke zorgverzekeringen.

### **3.2 Toegankelijkheid en kwaliteit**

De wens van patiënten is dat de benodigde zorg gemakkelijk toegankelijk is en dicht bij huis. De zorg moet flexibel zijn en servicegericht (openingstijden, bejegening / klantvriendelijkheid, telefonische bereikbaarheid et cetera). De eerstelijns zorg houdt rekening met lokale en regionale omstandigheden, zoals de bevolkingssamenstelling.

Naast de fysieke toegankelijkheid is ook het financiële component van belang: eigen betalingen moeten geen belemmering vormen voor mensen om medische zorg te krijgen. Dilemma's kunnen bijvoorbeeld ontstaan wanneer in een 'beweegprogramma' ook zorg zit die buiten het pakket van de basisverzekering valt. Patiënten willen verder dat de zorg (vanzelfsprekend) veilig is en van goede kwaliteit.

Binnen de verantwoordelijkheidsverdeling van het Nederlandse zorgstelsel hebben zorgverzekeraars in dit kader een belangrijke rol. De zorgverzekeraar moet als zorginkoper letten op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg voor zijn verzekerden. Daartoe is het wel nodig dat de prestaties en de kwaliteit voldoende inzichtelijk zijn voor de verzekeraar als zorginkoper, juist ook waar het gaat om brede, geïntegreerde zorgproducten. Ook moet bij samenwerkingsconstructies voldoende duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg, en wie daar zondig ook juridisch op aangesproken kan worden.

### **3.3 Coördinatie en afstemming**

Leidende veronderstelling bij het bevorderen van geïntegreerde eerstelijns zorg is dat de kwaliteit van de zorgverlening verbetert als de verschillende zorgverleners goed samenwerken en hun zorg rond een patiënt goed op elkaar afstemmen. In hoofdstuk 4 van deze visie wordt nader op deze veronderstelling ingegaan. Samenwerking heeft

meerwaarde, maar welke zaken zijn daarbij dan cruciaal? Moet er een centrale regievoerder zijn, en wat houdt die rol dan in? Welke invloed heeft het veelvuldige optreden van comorbiditeit voor de eisen die je kunt stellen aan onderlinge samenwerking? Hoe moet de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de diverse zorgverleners onderling worden geregeld? Hoe vindt de afstemming en coördinatie plaats tussen de eerste en de tweede lijn, en de niet-Zvw-zorg?

In deze visie wordt ook aandacht besteed aan 'de andere kant' van samenwerking. Hoe verhoudt de wens tot meer samenwerking zich bijvoorbeeld tot onderlinge concurrentie, economische machtsposities, et cetera? Hoe kan worden gewaarborgd dat zorgverleners voldoende ruimte houden om invulling te geven aan hun professionele verantwoordelijkheid? Allemaal vragen die in meer of mindere mate van belang zijn bij de nadere invulling van de prestaties en de bekostiging van de eerstelijns curatieve zorg, en dus ook terugkomen in dit visiedocument (zie hoofdstuk 5).

### 3.4 Zelfmanagement en keuzevrijheid

Uitgangspunt moet zijn dat de patiënt zelf kan sturen als hij dit wil, of de sturing aan anderen kan overlaten. Juist bij chronische ziekten blijkt het voor de effectiviteit van de zorg van groot belang dat patiënten mede verantwoordelijk kunnen en willen zijn voor hun behandeltraject. Het gaat niet alleen om goede samenwerking tussen zorgverleners onderling, maar ook om goede samenwerking tussen zorgverleners en patiënt. Als mensen via zelfmanagement de mogelijkheid wordt geboden om een actieve bijdrage te leveren aan het zorgproces, neemt de betrokkenheid bij preventie, de behandeling en de therapietrouw toe.

Als er meerdere mogelijkheden zijn voor zorgverleners en/of behandeltrajecten, krijgt de patiënt ruimte daartussen te kiezen. De behandelaar ondersteunt de patiënt bij zijn keuze tussen zorgtrajecten. De patiënt moet – buiten de restricties van bijvoorbeeld de naturapolis waarvoor hij heeft gekozen – niet worden beperkt tot volgen van een bepaald behandeltraject, binnen een bepaald gezondheidscentrum, omdat zijn huisarts daar onderdeel van uitmaakt. Om goed te kunnen kiezen is voldoende transparantie en het voorhanden zijn van keuze-informatie onontbeerlijk. Patiënten moeten goed geïnformeerd kunnen zijn en eenduidig worden voorgelicht. Zowel over de afzonderlijke onderdelen van de zorg als over het totale behandeltraject.

### 3.5 Preventie

Preventie is erop gericht mensen meer jaren in goede gezondheid te laten leven. Daarbij gaat het om het voorkomen van ziekten (primaire preventie), het voortijdig opsporen van ziekten en het vroegtijdig behandelen daarvan voordat er ernstige problemen ontstaan (secundaire preventie) en het beperken van de gevolgen van ziekten (tertiaire preventie).

In zijn brief aan de Tweede Kamer van 13 juni 2008 benoemt minister Klink de volgende ambities voor zijn programmatische aanpak van chronische ziekten:

- De toename van het aantal mensen met een chronische aandoening afremmen.
- De leeftijd waarop een chronische ziekte zich voor het eerst manifesteert uitstellen.

- De complicaties als gevolg van de chronische ziekte voorkomen dan wel uitstellen.
- Mensen met een chronische ziekte in staat stellen zo goed mogelijk met hun ziekte om te gaan, zodat de best mogelijke kwaliteit van leven wordt bereikt.

Hierbij ligt dus een sterk accent op activiteiten gericht op de bovengenoemde vormen van preventie. De eerstelijnszorg zou een belangrijke rol kunnen spelen in de coördinatie van de programmatische preventie. De bekostiging van preventieactiviteiten en van eerstelijns curatieve zorg zijn op dit moment echter nog twee gescheiden werelden.

### 3.6 Zo laag mogelijke kosten

Het is een publiek belang dat voor de korte, maar juist ook voor de lange termijn de betaalbaarheid van de zorg wordt gewaarborgd. Effectieve maatregelen kunnen op korte termijn meer kosten, maar op lange termijn veel geld besparen. Het bekostigingssysteem moet dan ook gericht zijn op het stimuleren van een goede afstemming tussen de verschillende zorgdisciplines. Bovendien moet het de juiste randvoorwaarden scheppen dat de eerste en tweede lijn elkaar op een doelmatige manier kunnen aanvullen. De zorg moet worden ingekocht daar waar de beste prijs-/kwaliteitverhouding gerealiseerd kan worden (dus geen over- en onderbehandeling).

Met het oog op de betaalbaarheid moet worden voorkomen dat zorg ondoelmatig wordt geleverd of dubbel wordt bekostigd. De invoering van functionele bekostiging biedt mogelijkheden om bestaande knelpunten wat betreft dubbele bekostiging weg te nemen, mits daarbij aandacht wordt besteed aan mogelijke nieuwe risico's. Verderop in deze visie komen deze risico's aan de orde in hoofdstuk 4.

Verder kan een goede werking van de markt bevorderen dat de benodigde zorg wordt geleverd tegen zo laag mogelijke kosten, mits de bijbehorende – potentiële - mededingingsproblemen voldoende worden ondervangen. Dus het voorkomen van misbruik van marktmacht vanwege een economische machtspositie bij een van de partijen, voldoende onderhandelingsmacht bij zowel aanbieders (zorggroepen en individuele beroepsbeoefenaars) als verzekeraars, voldoende zorgaanbieders, geen risicoselectie en afwenteling van kosten, voldoende transparantie, et cetera. Deze problemen komen aan de orde in hoofdstuk 5.

### 3.7 Prikkel innovatie, kwaliteit en doelmatigheid

De prestatieomschrijvingen en het daaraan gekoppelde systeem voor bekostiging moeten niet alleen ruimte bieden voor de huidige vernieuwingen. Ze moeten het mogelijk maken en bevorderen dat er voortdurend gewerkt blijft worden aan innovaties die de kwaliteit van zorg verhogen en de doelmatigheid vergroten. Er moet steeds opnieuw ingespeeld kunnen worden op verschuivende zorgvragen van patiënten. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat prestatieomschrijvingen niet volledig moeten worden 'dichtgetimmerd' door gedetailleerde (proces)-beschrijvingen, gebaseerd op de huidige standaarden.



### **3.8 De overheid op afstand**

Inde gewenste situatie wordt de zorgverlening rond een (chronische) patiënt afgestemd door de partijen die daar direct bij betrokken zijn: de patiënt, de zorgverlener en zorgverzekeraar. De NZa scheidt waar mogelijk de voorwaarden om de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid) te borgen, maar treedt hierbij zo min mogelijk op de voorgrond. Daar waar de markt het zelf afkan, heeft de overheid geen rol, mits de publieke belangen voldoende geborgd zijn.

### **3.9 Beperking administratieve lasten**

Het nieuwe systeem van prestatieomschrijvingen en bekostiging moet niet leiden tot (opnieuw) vormen van onnodige bureaucratie.



## 4. De bestaande situatie

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de vraag of er meerwaarde is van de samenwerking in de zorg voor chronische aandoeningen (paragraaf 4.1). Vervolgens worden in paragraaf 4.2 de knelpunten in de bestaande situatie aangegeven die samenwerking in de weg staan. In paragraaf 4.3 komen de ervaringen aan de orde met samenwerkingsprojecten die tot stand zijn gekomen onder de NZa Beleidsregels.

### 4.1 Meerwaarde samenwerking

Onderzoek toont aan dat samenwerking kan leiden tot meerwaarde voor de patiënt zowel in kosten als kwaliteit van zorg. Hieronder komt zowel de kwalitatieve kant aan de orde als de kwantitatieve.

#### 4.1.1 De meerwaarde van samenwerking – kwalitatief

Op basis van de beschikbare literatuur zijn de volgende conclusies te trekken:

- samenwerken speelt zich primair af tussen patiënt en zorgverleners;
- samenwerking is onderdeel van een groter geheel;
- samenwerken is geen optelsom van vast te stellen variabelen.

In bijlage B worden deze conclusies verder uitgewerkt. Relevant voor onderhavige analyse is dat samenwerking een meerwaarde oplevert voor de patiënt. De samenwerking betreft vooral productieve interacties tussen zorgverleners onderling én tussen zorgverleners en patiënt. Samenwerking is een aspect dat niet te koppelen is aan een of enkele specifieke factoren.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat gestructureerde samenwerking tussen (eerstelijns) zorgaanbieders meerwaarde heeft. Deze meerwaarde zit met name in de dynamiek van het zorgproces, het management van schakelpunten, een gestructureerde overdracht, het feit dat de patiënt structurele aandacht krijgt, meerdere disciplines betrokken worden en gewerkt wordt volgens protocollen. Dientengevolge zou de bekostiging van deze zorg een prestatiebeschrijving moeten kennen die de continuering van de samenhang in de zorgverlening niet belemmert. Mede met het oog op de verwachting dat samenwerken niet 'zomaar' ontstaat, is het wenselijk in de toekomstige bekostiging hiertoe prikkels te behouden.

Geconcludeerd kan worden dat de meerwaarde van samenwerking zit in het feit dat de proceskwaliteit omhoog gaat door een geprotocolleerde aanpak. Met andere woorden, er is een grotere doelmatigheid vast te stellen. Deze vergrote doelmatigheid uit zich in substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn wat uiteindelijk kan leiden tot lagere zorguitgaven.

#### 4.1.2 De meerwaarde van samenwerking – kwantitatief

Doordat de kwalitatieve meerwaarde van samenwerking vooral in de dynamiek van het zorgproces zit, is de verwachting dat de kosten voor de eerstelijnszorg door meer samenwerking zullen stijgen. Aan samenwerking zijn daarnaast ook directe kosten verbonden. Te denken valt aan extra managementtaken en het opzetten van ICT systemen. Een gevolg van deze kosten is te zien bij een zorgverzekeraar. Deze geeft

aan dat de minimale schaalgrootte van een zorggroep 30 huisartsen omvat; bij minder deelnemende huisartsen komen bepaalde investeringen (ICT) niet tot stand. Deze mening verschilt wel onder de verzekeraars. Een andere zorgverzekeraar geeft bijvoorbeeld aan dat een optimale grootte rond de 4 tot 8 huisartsen ligt.

Verder valt op te merken dat de betere afstemming en coördinatie tussen verschillende zorgaanbieders in eerste instantie meer tijd zal kosten en dus ook meer kosten met zich mee brengt. Deze kosten zullen echter met de tijd steeds minder worden vanwege een leereffect.

Tegenover de verwachte kostenstijgingen als gevolg van meer samenwerking, betere afstemming en meer aandacht voor coördinatie in de eerste lijn staan potentiële kostendalingen door substitutie van de tweede naar de eerstelijns en substitutie binnen de eerste lijn.

#### *Substitutie van de tweede naar de eerste lijn*

Onder substitutie van de tweede naar de eerste lijn wordt verstaan dat bepaalde diensten uitgevoerd in de tweede lijn nu geleverd worden in de goedkopere eerste lijn<sup>12</sup>. Het betreft dezelfde diensten die tegen eenzelfde, of in ieder geval een aanvaardbare, kwaliteit worden geleverd. De diensten worden nu onnodig in de tweede lijn geleverd doordat een patiënt bijvoorbeeld niet tijdig terugverwezen is naar de eerste lijn of doordat deze dienst inmiddels ook in de eerste lijn wordt aangeboden terwijl dat voorheen niet het geval was. Te denken valt aan het instellen van insuline wat, afhankelijk van de situatie en complexiteit van de patiënt, zowel in het ziekenhuis als in de huisartsenpraktijk gedaan kan worden. Dit is een vorm van directe substitutie.

Er bestaat echter ook indirecte substitutie<sup>13</sup>. In dit geval kan optimale zorg in de eerste lijn het aantal patiënten verminderen dat de tweede lijn ingaat. De optimale zorg kan bestaan uit een stijging van kwaliteit door samenwerking *an sich* (zie paragraaf 4.1.1) het toevoegen van diensten in de eerste lijn en door het verbeteren van preventieve activiteiten. Beide vormen van substitutie kunnen *overall* kostenbesparingen opleveren. Een bijkomend voordeel is dat substitutie van de tweede naar de eerste lijn betekent dat de patiënt toenemend dicht bij huis zorg kan ontvangen.

#### *Substitutie binnen de eerste lijn*

Substitutie binnen de eerste lijn houdt een herverdeling in van zorgverlening binnen de eerste lijn. Op dit moment is het mogelijk dat binnen de eerste lijn meerdere zorgaanbieders dezelfde zorg leveren of kunnen leveren tegen een verschillend tarief. Door samenwerking, en ook door functionele bekostiging, kan worden gestimuleerd dat de meest efficiënte aanbieder de zorg levert<sup>14</sup>. Ook dit houdt een kostenbesparing in. Een voorbeeld is diabeteszorg geleverd door een huisarts (bijvoorbeeld het instellen of toedienen van insuline). Deze zorg kan ook geleverd worden door een verpleegkundige of door een POH-er. Samenwerking kan ervoor zorgen dat deze dienst door de verpleegkundige of POH-er geleverd wordt, met behoud van kwaliteit

---

<sup>12</sup> Zie ook rapport IGZ: Staat van de gezondheidszorg 2007 (Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van de zorg), hoofdstuk 3: Taakherschikking bij hartfalen en cardiochirurgie

<sup>13</sup> Zie ook rapport UMC Utrecht (Julius Centrum): Taakherschikking in de huisartsenpraktijk. Hierin wordt onderzocht in hoeverre er sprake is van substitutie of suppletie.

<sup>14</sup> Zie ook rapport IGZ: Staat van de gezondheidszorg 2007 (Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van de zorg), hoofdstuk 2: Taakherschikking in de huisartsenpraktijk: diabeteszorg

tegen lagere kosten. Dit is ook wel bekend onder de naam ‘verlengde arm constructie’, de eindverantwoordelijkheid blijft bij de huisarts liggen.

Potentiële kostenverschuivingen als gevolg van deze vormen van substitutie zijn:

- daling van het aantal behandelingen in de tweede lijn door betere preventie in de eerste lijn. Verwijzing naar de tweede lijn kan hiermee worden voorkomen of uitgesteld;
- daling aantal behandelingen in de tweede lijn die – op grond van hun minder complexe aard – ook in de eerste lijn uitgevoerd kan worden;
- daling van het aantal behandelingen in de tweede lijn door betere behandeling, stijging van kwaliteit, in de eerste lijn;
- daling van de kosten in de eerste lijn door verschuiving van diensten.

Het stimuleren van substitutie van de tweede naar de eerste lijn is uit oogpunt van doelmatigheid pas wenselijk wanneer het saldo van deze kostenverschuivingen positief is. Uit eerder wetenschappelijk onderzoek en huidig onderzoek in opdracht van VWS kan geconcludeerd worden dat dit het geval is.

#### *Literatuur effecten substitutie*

Uit onderzoek van Wijkkel et al. (1992) komt naar voren dat samenwerking substitutie bevordert. Door huisartsen in gezondheidscentra worden 3,7% minder verwijzingen naar de tweede lijn gedaan dan door huisartsen in solopraktijken. Ook de huisartsen werkzaam in meermanspraktijken blijken minder vaak te verwijzen naar de tweede lijn dan de solist. De gedachte hierachter is dat een ‘second opinion’ heel snel geregeld kan worden waardoor sneller, beter, en minder vaak onnodig door de tweede lijn, ingegrepen kan worden.

Uit onderzoek van het Julius Centrum verbonden aan het UMC Utrecht komt naar voren dat het financieel gezien een verstandige keuze is om een physician assistant (PA-H) binnen een huisartsenpraktijk aan te stellen. De belangrijkste oorzaak hiervoor is dat de PA-H met een lager salaris, maar voor hetzelfde tarief, werkzaamheden uitvoert die de huisarts anders zelf had moeten doen.

#### *Substitutieonderzoek Plexus*

Een scenariostudie van bureau Plexus<sup>15</sup> in opdracht van VWS becijfert welke effecten optreden als gevolg van functionele bekostiging. Eén van deze effecten is substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn. Op basis van de voorlopige conclusies van dit onderzoek (gepresenteerd aan de NZa op 16 maart jl.) kan geconcludeerd worden dat dit effect positief is, onder bepaalde aannames. De onderzoekresultaten geven aan dat door het gebruik van ketens een substitutie-effect optreedt van de tweede lijn naar de eerste lijn, en dat er een kwaliteitwinst wordt behaald omdat door de samenwerking minder faal/herstel verwijzingen nodig zijn.

### **4.1.3 Conclusie samenwerking**

Het uitgangspunt voor deze visie is dat samenwerking in de eerstelijnszorg een positief effect kan hebben op de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg.

<sup>15</sup> Onderzoeksbureau Plexus heeft meerdere onderzoeken naar functionele bekostiging in de zorg uitgevoerd, onder meer in opdracht van VWS en ZN.

## 4.2 Knelpunten bestaande situatie

In de huidige situatie zijn de declarabele prestaties in de eerste lijn gedefinieerd als losse zorgactiviteiten, met regulering die in het algemeen op specifieke beroepsgroepen is gericht. Er is, los van enkele NZa beleidsregels (zie paragraaf 2.3), geen prestatie definitie op het aggregatieniveau van meerdere activiteiten rond de patiënt. Tevens verschilt voor de zorgverzekeraars de risicodragendheid van de eerste lijn met de risicodragendheid van de tweedelij.

De huidige bekostiging brengt, samen met de inrichting van de verzekerde aanspraak een aantal knelpunten/risico's met zich mee, of werkt die in de hand, met betrekking tot de zorg voor de vier chronische aandoeningen op dit moment (daargelaten de bestaande geïntegreerde eerstelijnszorg initiatieven die hierna worden beschreven).

**Tabel 5. Knelpunten/risico's bestaande situatie**

Knelpunt/risico
1. Suboptimaal gebruik tussen eerste en tweede lijn door risicoverevening
2. 'Verzekeringsschotten'
3. Niet-kosteneffectieve bekostiging
4. Geen vergoedingen voor onderlinge dienstverlening tussen eerstelijnszorgaanbieders
5. Suboptimale zorginhoudelijke afstemming tussen eerstelijnszorgaanbieders
6. Dubbele bekostiging

Hieronder komen deze knelpunten/risico's nader aan de orde.

### 4.2.1 Suboptimaal gebruik tussen eerste en tweede lijn door risicoverevening

Zorgverzekeraars hebben een prikkel om zorg zoveel mogelijk in de tweede lijn te hebben. De reden is dat zorgverzekeraars bij de inkoop van eerstelijnszorg volledig risicodragend zijn, terwijl er bij de inkoop van ziekenhuiszorg ex-post verevening tussen zorgverzekeraars plaatsvindt.

Dit verschil in risico's tussen de eerste en tweede lijn voor zorgverzekeraars veroorzaakt een verstoring in prikkels die kan leiden tot te veel zorg in de tweede lijn ten opzichte van de eerste lijn.<sup>16</sup>

### 4.2.2 'Verzekeringsschotten'

Er is sprake van 'verzekeringsschotten' waardoor verzekerde aanspraak voor chronische aandoeningen versnipperd is. Onderdelen van zorg voor chronische aandoeningen vallen onder de basisverzekering, aanvullende verzekeringen, de AWBZ maar ook de WMO. Door deze versnippering zijn sommige onderdelen van zorg niet verzekerd (bijvoorbeeld – deels - preventie). Verder leidt deze versnippering tot niet-gestroomlijnde prikkels bij verschillende zorgaanbieders die diensten leveren bij chronische aandoeningen.

<sup>16</sup> De Minister heeft een stap gezet voor het opheffen van deze belemmering door de risicodragendheid van verzekeraars, met name voor een belangrijk deel van het B-segment, aanzienlijk te doen laten toenemen.

### 4.2.3 Niet-kosteneffectieve bekostiging

Dit knelpunt doet zich voor als een bepaalde zorgaanbieder een verrichting doet die tegen lagere kosten door een andere zorgaanbieder zou kunnen worden gedaan, met behoud van dezelfde of een iets lagere maar voldoende kwaliteitsstandaard.

### 4.2.4 Geen vergoedingen voor onderlinge dienstverlening tussen eerstelijnszorgaanbieders

In het geval er samenwerking ontstaat zijn partijen in feite gehouden aan de vastgestelde tarieven en prestaties, en kunnen en mogen – los van de bestaande beleidsregels - onderling geen afwijkende afspraken maken. Stel een zorgaanbieder A verleent een dienst aan zorgaanbieder B en die dienst vormt onderdeel van een dienst van zorgaanbieder B aan een patiënt. Zorgaanbieder B mag in dit geval geen compensatie geven aan zorgaanbieder A voor de verleende dienst ('uit hoofde van'). De beleidsregels Innovatie en Samenwerking en de module M&I scheppen de mogelijkheid om onderlinge dienstverlening (anders) te bekostigen.

### 4.2.5 Suboptimale zorginhoudelijke afstemming tussen eerstelijnszorgaanbieders

Deze afstemmingsproblemen kunnen zich voordoen tussen zorgaanbieders binnen eenzelfde chronische aandoening en tussen zorgaanbieders van patiënten met verschillende chronische aandoeningen (comorbiditeit). Dit kan leiden tot hogere kosten of lagere kwaliteit van dienstverlening.

### 4.2.6 Dubbele bekostiging

In bepaalde gevallen kan er een overlap zijn in diensten die door zorgaanbieders worden verricht. Verschillende zorgaanbieders voeren dan dezelfde verrichting uit en declareren hier ook elk voor.

In het geval van comorbiditeit kan op dit moment dezelfde verrichting onder twee aandoeningen worden bekostigd, terwijl in sommige gevallen de verrichting niet tweemaal uitgevoerd hoeft te worden. Er kan ook sprake zijn van dubbele bekostiging in de tweede en eerste lijn. Bij het openen van een DBC betalen zorgverzekeraars ziekenhuizen per ziektegeval een prijs voor de totale zorg die wordt verleend aan een patiënt. Echter heeft de eerste lijn veel meer mogelijkheden dan voorheen en wordt het algemeen als nuttig beschouwd dat patiënten zo lang mogelijk in de eerste lijn blijven dan wel er zo snel mogelijk terugkeren. Gevolg hiervan is dat de DBC bekostiging in de tweede lijn te ruim is opgezet omdat diverse verrichtingen nu in de eerste lijn uitgevoerd en bekostigd worden.

Een ander voorbeeld is een huisarts die wordt vergoed voor een bepaalde verrichting middels het inschrijftarief, per consult en als vergoeding onder de verrichtingenlijst M&I (in dit laatste geval wordt de dubbele bekostiging dus veroorzaakt door de huidige bekostiging in combinatie met de reeds bestaande mogelijkheid tot een vorm van samenwerking). Voor zover bekend zijn er geen schattingen van de omvang van dubbele bekostiging.

### 4.3 Ervaringen met de Beleidsregel Innovatie

#### *Aangemelde en goedgekeurde projecten*

Er zijn totaal 155 projecten gestart onder de beleidsregel Innovatie, voornamelijk ingediend bij de NZa door zorggroepen.

Niet alle experimenten zijn naar aandoeningen geregistreerd. Waar de experimenten wel naar aandoening zijn geregistreerd, hebben deze in verreweg de meeste gevallen betrekking op diabetes (92). Andere aandoeningen: COPD 5; astma 2; obesitas 4; fibromyalgie 1; hartfalen 2; Huntington 1; kwetsbare ouderen 1; en polyfarmacie 1.

Gecombineerde projecten met meerdere chronische aandoeningen zijn tot nu toe niet bij de NZa binnengekomen.

#### *Zorggroepen en de bepalende rol van huisartsen*

Uit de bij de NZa aangemelde projectaanvragen onder de Beleidsregel Innovatie komt het volgende beeld naar voren. De door zorgverzekeraars gecontracteerde zorggroepen zijn ondergebracht in een juridische entiteit. De meest voorkomende rechtsvormen zijn de besloten vennootschap, stichting en coöperatie. Daarnaast kunnen zorggroepen worden onderscheiden in monodisciplinaire entiteiten en multidisciplinaire entiteiten.

De monodisciplinaire entiteit is (veruit) de meest voorkomende entiteit, zo is gebleken uit een evaluatie van de experimenten die bij de NZa zijn aangemeld. In deze entiteit zitten alleen de huisartsen in de rechtsvorm van de organisatiestructuur. De multidisciplinaire entiteit kenmerkt zich door de aanwezigheid van andere eerstelijnszorgaanbieders, naast de huisartsen, in de rechtsvorm van de organisatiestructuur. Verder kan vanuit de binnen gekomen experimenten worden afgeleid dat zorggroepen voornamelijk, of alleen maar, uit huisartsen bestaan. De huisartsen hebben dus een bijzondere positie in de zorggroep. De huisarts heeft de medisch-inhoudelijke regie over de (chronische) zorg en is daarmee eindverantwoordelijk voor de zorg.

Ook andere bronnen wijzen erop dat huisartsen over het algemeen zeggenschap hebben in zorggroepen (zie de tekstbox hierna over de 'Nulmeting Zorggroepen' van de LVG). Ook in de literatuur wordt opgemerkt dat huisartsen in zorggroepen de regie naar zich toetrekken.<sup>17 18</sup>

Daarnaast werken huisartsen op grote schaal samen binnen zorggroepen (zie tekstbox). Zo zijn er zorggroepen waarbij meer dan 200 huisartsen zijn aangesloten. Een bepaalde minimale schaalgrootte is noodzakelijk voor een zorggroep om bepaalde investeringen te rechtvaardigen (bijvoorbeeld in ICT systemen). Hierover is in interviews naar voren gebracht dat een zorggroep tenminste een bepaald aantal (30 is bijvoorbeeld genoemd) huisartsen zou moeten omvatten om bepaalde investeringen in met name ICT systemen te kunnen doen. Zorgverzekeraars hebben een stimulerende rol gespeeld bij de

---

<sup>17</sup> Donkers, Bras en Van Dingenen, "Ketens met karakter", Medisch Contact, 9 mei 2008.

<sup>18</sup> Op dit moment vindt er een evaluatie plaats door het RIVM/ZonMW naar de ervaringen van tien diabetes zorggroepen die ervaring opdoen met een concept keten-dbc diabetes als nieuwe financieringsvorm. Het gaat hierbij voornamelijk om het evalueren van de nieuwe financieringsvorm, waarbij de effectiviteit van de keten-dbc niet expliciet wordt geëvalueerd. Het RIVM geeft aan zich te richten op: het functioneren van de zorggroep; de geleverde zorg (kwaliteit en kostprijs); het onderhandelingsproces met de verzekeraar; en de tevredenheid van patiënten, zorgverleners en verzekeraars. Het evaluatie rapport zal naar verwachting midden 2009 gepresenteerd worden.



samenwerking tussen huisartsen, juist omdat zorgverzekeraars voordelen zien bij investeringen in ICT door huisartsen. Het aantal huisartsen dat zich verenigt binnen een zorggroep gaat in veel gevallen echter verder dan de minimale schaalgrootte vereist.

### LVG onderzoek zorggroepen

In 2008 heeft de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) een beschrijvend onderzoek uitgevoerd naar de karakteristieken van zorggroepen ("Nulmeting Zorggroepen", oktober 2008). Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van vragenlijsten die aan 90 zorggroepen en gezondheidscentra zijn gestuurd. Van deze 90 geadresseerden waren er 55 zorggroepen (geen gezondheidscentra) die reageerden. De belangrijkste bevindingen op basis van de reacties van 55 zorggroepen voor de economische analyse zijn als volgt.

(1) In de meeste zorggroepen werkt een groot aantal huisartsen samen.

Aantal huisartsen	Oppericht in periode 2005 - 2008
< 31	10
31 - 60	12
61 - 90	13
> 91	15
Onbekend	5
<b>Totaal</b>	<b>55</b>

(2) Huisartsen hebben over het algemeen de beslissingsbevoegdheid in zorggroepen.

Beslissingsbevoegdheid (niet zorg-zaken)	Respons (n)	Percentage
Gemandateerde huisartsen in bestuur	24	44%
Deelnemende huisartsen	17	31%
Huisartsen en andere partijen	2	3%
Huisartsen en andere zorgaanbieders	2	3%
Huisartsen en andere zorgorganisaties	1	2%
Anders	9	17%
<b>Totaal</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

(3) Zorggroepen sluiten samenwerkingscontracten met zorgaanbieders, maar kunnen daar selectief in zijn

Samenwerkingscontracten zorgprogramma's	Respons (n)	Percentage
Met alle zorgaanbieders	9	16%
Met vrijwel alle zorgaanbieders	12	22%
Met enkele zorgaanbieders	14	26%
Met geen enkele zorgaanbieder	0	0%
Anders (in voorbereiding, anders of missing)	20	36%
<b>Totaal</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Zorggroepen bestaan gemiddeld uit 76 huisartsen en richten zich op de uitvoering van (keten)zorgprogramma's voor chronische zorg zoals diabeteszorg. Dit kan leiden tot meer efficiëntie. Van belang is dat

zorggroepen niet worden gebruikt voor het collectiviseren van onderhandelingen over prijs en prestatie. In het kostenonderzoek analyseert de NZa de werking van de samenwerkingsverbanden.

*Conclusie ervaringen Beleidsregel Innovatie*

Geconcludeerd kan worden dat de positie van huisartsen in zorggroepen zeer sterk is en mogelijk tot een machtspositie kan leiden ten opzichte van verzekeraars en andere zorgaanbieders. Het risico dat deze machtspositie ontstaat kan toenemen naarmate de zorggroepen groter worden en er meer vormen van zorg middels de zorggroep gaan verlopen. Dit is een risico waar we verder op in zullen gaan in de volgende hoofdstukken.

## 5. Resultaten economische analyse

In dit hoofdstuk komen de conclusies van de economische analyse aan de orde. Een uitgebreidere onderbouwing van deze conclusies is opgenomen in bijlage C.

Hieronder komen achtereenvolgens aan de orde de voor- en nadelen, kansen en risico's van integratie van de eerstelijnszorg (5.1), en van functionele bekostiging van de geïntegreerde eerstelijnszorg (5.2). Vervolgens worden op grond hiervan de gevolgen bekeken voor de publieke belangen: kwaliteit (5.3), toegankelijkheid (5.4) en betaalbaarheid (5.5).

### 5.1 Integratie eerstelijnszorg

De voordelen van geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit publiek perspectief zijn de betere coördinatie van zorg in een programma, waardoor substitutie en complementariteit van zorg beter gecoördineerd wordt. Hierdoor omvat het programma bijvoorbeeld onderdelen die voorheen geen onderdeel uitmaakte van de zorg. Verder is het waarschijnlijk dat de proces kwaliteit omhoog gaat en patiënten ervaren betere zorg te krijgen, hoewel dit medisch-inhoudelijk niet noodzakelijk het geval hoeft te zijn.

Tegenover deze voordelen staat een aantal kosten en risico's. Allereerst zijn er de extra kosten van het ontwikkelen en uitvoeren van het programma. Verder is er een risico dat er marktmacht ontstaat bij aanbieders van geïntegreerde eerstelijnszorg. Dit risico kan zich met name voordoen in gebieden waar huisartsen samenwerken en het initiatief nemen om gezamenlijk geïntegreerde eerstelijnszorg aan te bieden (zoals nu in veel zorggroepen gebeurt).

Indien er onvoldoende alternatieven zijn voor een bepaalde geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder in een bepaald gebied, kan er marktmacht ontstaan. Voor partijen die te maken hebben met de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder zijn er te weinig alternatieven en is er te weinig keuze. Deze partijen zijn zorgverzekeraars die inkopen bij de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder, en individuele zorgaanbieders die hun diensten aanbieden aan de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder om onderdelen van het programma uit te voeren.

Meer bepaald zijn de risico's die zich voordoen indien er sprake is van (aanzienlijke) marktmacht van geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders dat zorgverzekeraars mogelijk 'excessief hoge tarieven' betalen voor geïntegreerde eerstelijnszorg en dat een aantal individuele zorgaanbieders uit de eerste lijn het risico lopen te worden 'uitgesloten' van de markt of 'excessief lage vergoedingen' ontvangen voor hun diensten aan de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder.

Een uitgebreidere onderbouwing van deze conclusies is opgenomen in bijlage C.1.

## 5.2 Functionele bekostiging

De voordelen van functionele bekostiging vanuit publiek perspectief zijn het beperken van risico's van dubbele bekostiging, en het bevorderen van kostenbesparende substitutie van de tweede naar de eerste lijn, en binnen de eerste lijn.

Tegenover deze voordelen staat een aantal risico's, op het gebied van marktmacht en mogelijk misbruik daarvan. Het risico van marktmacht kan zich voordoen bij zorggroepen die zorgprogramma's voor chronische aandoeningen aanbieden. Als er namelijk weinig alternatieve partijen zijn waarmee zorgverzekeraars programma's kunnen contracteren, of waarmee zorgaanbieders subcontracten kunnen afsluiten, dan is er een risico van marktmacht. Er ontstaan vervolgens risico's dat deze marktmacht wordt 'misbruikt'. Dit kan de vorm aannemen van te hoge vergoedingen richting zorgverzekeraars, of te lage vergoedingen richting subcontractanten.

Andere risico's zijn uitsluiting van 'losse' zorgaanbieders zonder contract, risico-selectie en een te sterke prikkel tot kostenreductie.

Een uitgebreidere onderbouwing van deze conclusies is opgenomen in bijlage C.2.

## 5.3 Kwaliteit

Alle patiënten hebben recht op zorg van voldoende kwaliteit. Dat wil zeggen: zorg die veilig, effectief en patiëntgericht is. Hiervoor zijn wettelijke waarborgen ontwikkeld (Wet BIG, WGBO). Deze voorzien echter niet in normen voor de geleverde zorg. Zij voorzien slechts in normen voor toetreding van aanbieders en normen voor de behandelrelatie. De IGZ bevordert vervolgens de volksgezondheid door handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. De IGZ treedt op als primaire toezichthouder op het gebied van kwaliteit van zorg.

De NZa op haar beurt heeft als taak de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de informatievoorziening (product, prijs, kwaliteit en toegankelijkheid) op zorgmarkten te waarborgen. In wezen kan gesteld worden dat de IGZ zich buigt over de transparantie van kwaliteit en de NZa over de kwaliteit van de transparantie.

In tabel 7 staan de voor- en nadelen van geïntegreerde eerstelijnszorg opgesomd vanuit het oogpunt van kwaliteitsborging.

**Tabel 6. Geïntegreerde eerstelijnszorg en kwaliteit**

Voordelen/kansen	Nadelen/risico's
Potentiële medisch-inhoudelijke meerwaarde	Bij inkoopmacht van de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder, risico van uitsluiting van 'losse' zorgaanbieders met als gevolg afname van kwaliteit indien er geen meerwaarde van integratie is
Meerwaarde met betrekking tot proceskwaliteit	Risico van excessief lage tarieven voor zorgaanbieders en daardoor verschraling van zorg

Bron: NZa

In tabel 8 staan de voor- en nadelen van functionele bekostiging van de geïntegreerde eerstelijnszorg opgesomd vanuit het oogpunt van kwaliteitsborging.

**Tabel 7. Functionele bekostiging en kwaliteit**

Voordelen/kansen	Nadelen/risico's
Betere prijs kwaliteit verhouding in geval van diensten die door meerdere aanbieders worden verzorgd	Risico van uitsluiting en verstoring van aanbod alternatieven in termen van prijs/kwaliteit
	Risico van excessief lage tarieven voor zorgaanbieders en daardoor verschraling van zorg
	Marginale toetsing van de vraag wanneer diensten substituten zijn
	Nog onvoldoende transparantie met betrekking tot indicatoren

Bron: NZa

De meerwaarde van geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging voor de kwaliteit van zorg bij chronische aandoeningen zijn (in potentie) aanwezig en rechtvaardigen invoering ervan. Er zijn echter risico's die zich kunnen uiten door middel van verschraling van de kwaliteit. Het verdient de voorkeur functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg alleen daar te bevorderen waar kwaliteit voldoende gewaarborgd is. Verder dienen ontwikkelingen na invoering systematisch te worden gevolgd, zodat bijgestuurd kan worden mochten de risico's zich in de praktijk openbaren.

Een uitgebreidere onderbouwing van deze conclusies is opgenomen in bijlage C.3.

## 5.4 Toegankelijkheid

Zorg moet voor alle consumenten toegankelijk zijn. Dit omvat onder andere toegankelijkheid in de zin dat patiënten toegang hebben tot de juiste zorg binnen een redelijke reisafstand en binnen een redelijke tijd. Keuzevrijheid vormt ook onderdeel van toegankelijkheid. De toegankelijkheid van zorg wordt beperkt indien patiënten niet de aanbieder van hun voorkeur kunnen kiezen.

In onderstaande tabel staan de voor- en nadelen van integratie van de eerstelijnszorg opgesomd vanuit het oogpunt van borging van toegankelijkheid.

**Tabel 8. Geïntegreerde eerstelijnszorg en toegankelijkheid**

Voordelen/kansen	Nadelen/risico's
Betere doorlooptijden	Afname van keuzevrijheid door sturing binnen programma
Zorg dichterbij huis bij substitutie van tweede naar eerste lijn	Afname van keuzevrijheid en langere reistijd door uitsluiting van zorgaanbieders
	Risico suboptimaal zorgaanbod, wanneer patiënten te lang in de eerste lijn gehouden worden.

Bron: NZa

In tabel 10 staan de voor- en nadelen van functionele bekostiging van de geïntegreerde eerstelijnszorg opgesomd vanuit het oogpunt van borging van toegankelijkheid.

**Tabel 9. Functionele bekostiging en toegankelijkheid**

Voordelen/kansen	Nadelen/risico's
Zorg dicht bij huis bij substitutie van tweede naar eerste lijn	Te weinig prikkels om toegankelijkheid te vergroten bij marktmacht
	Lagere toegankelijkheid voor 'dure' patiënten in geval zich risico-selectie voordoet
	Afname van keuzevrijheid en langere reistijd door uitsluiting van zorgaanbieders

Bron: NZa

Met betrekking tot toegankelijkheid kan worden geconcludeerd dat de risico's van geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging groot zijn ten opzichte van de te behalen voordelen. Met name de beperking van de keuzevrijheid door sturing binnen een programma lijkt een belangrijk nadeel.

Een uitgebreidere onderbouwing van deze conclusies is opgenomen in bijlage C.4.

## 5.5 Betaalbaarheid

Bij het publiek belang van betaalbaarheid gaat het erom dat de zorg betaalbaar blijft, zowel op microniveau (een betaalbare basisverzekering) als op macroniveau (geen afkalving van koopkracht of explosief stijgende overheidsuitgaven). Daarvoor is het belangrijk dat de geleverde zorg op een doelmatige, efficiënte manier tot stand komt. Hierbij gaat het om de prijs/kwaliteit verhoudingen. Bij dit publiek belang doet zich duidelijk een 'trade-off' voor van voor- en nadelen van functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg.

In onderstaande tabel staan de voor- en nadelen van integratie van de eerstelijnszorg opgesomd vanuit het oogpunt van borging van betaalbaarheid.

**Tabel 10. Geïntegreerde eerstelijnszorg en betaalbaarheid**

Voordelen/kansen	Nadelen/risico's
Kostenbesparingen als gevolg van afname patiënten naar de tweede lijn; leidt mogelijk tot lagere premies zorgverzekeringen	In geval van marktmacht van geïntegreerde eerstelijnszorgaanbieder bestaat het risico dat kostenbesparingen niet worden doorgegeven aan patiënten
	In geval van marktmacht leidt risico van excessief hoge vergoedingen op korte termijn tot afname betaalbaarheid
	Op langere termijn kan uitsluiting van zorgaanbieders door afname van concurrentie ook tot afname betaalbaarheid leiden
	In geval patiënten langer in de eerste lijn gehouden worden en/of daardoor geen adequate (complexe) zorg krijgen risico op kostenstijging door toename complicaties

Bron: NZa

In tabel 12 staan de voor- en nadelen van functionele bekostiging van de geïntegreerde eerstelijnszorg opgesomd vanuit het oogpunt van borging van betaalbaarheid.

**Tabel 11. Functionele bekostiging en betaalbaarheid**

Voordelen/kansen	Nadelen/risico's
Kostenbesparingen door voorkomen van dubbele bekostiging	In geval van marktmacht van geïntegreerde eerstelijnszorgaanbieder bestaat het risico dat kostenbesparingen niet worden doorgegeven aan patiënten
Kostenbesparingen door substitutie van tweede naar eerste lijn	In geval van marktmacht leidt risico van excessief hoge vergoedingen op korte termijn tot afname betaalbaarheid
Kostenbesparingen door substitutie binnen eerstelijnszorg	Op langere termijn kan uitsluiting van zorgaanbieders door afname van concurrentie ook tot afname betaalbaarheid leiden
Lagere premies zorgverzekeringen	

Bron: NZa

Met betrekking tot het publieke belang betaalbaarheid kan worden geconcludeerd dat geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging in potentie de betaalbaarheid ten goede komen, door de verschillende kostenbesparingen die optreden. Dit leidt mogelijk tot lagere premies voor de zorgverzekering. Echter, tegelijk zorgen de risico's van marktmacht ervoor dat die voordelen mogelijk niet aan patiënten worden doorgegeven. Bovendien kan op langere termijn de betaalbaarheid afnemen als door 'misbruik' van marktmacht de concurrentie tussen zorgaanbieders afneemt.

Een uitgebreidere onderbouwing van deze conclusies is opgenomen in bijlage C.5.





## 6. Visie

### 6.1 Inleiding

Invoering van functionele bekostiging voor de zorg van de vier chronische aandoeningen is voor de NZa alleen dan een optie wanneer het consumentenbelang hiermee gediend is. Dit vereist dat eventuele risico's voor de consument als gevolg van invoering van deze nieuwe vorm van bekostiging beheersbaar zijn voor de genoemde zorg.

Op grond van de economische analyse concludeert de NZa dat functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg zowel voordelen en nadelen heeft, als kansen en risico's biedt.

**Tabel 12. Overzicht voor/nadelen en kansen/risico's functionele bekostiging geïntegreerde eerstelijnszorg**

Publieke belangen	Voordelen/kansen	Nadelen/risico's
Kwaliteit	Potentiële medisch-inhoudelijke meerwaarde	Bij inkoopmacht van de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder, risico van uitsluiting van 'losse' zorgaanbieders met als gevolg afname van kwaliteit indien er geen meerwaarde van integratie is
	Meerwaarde met betrekking tot proceskwaliteit	Risico van excessief lage tarieven voor zorgaanbieders en daardoor vershraling van zorg
	Betere prijs kwaliteit verhouding in geval van diensten die door meerdere aanbieders worden verzorgd	Risico van uitsluiting en verstoring van aanbod alternatieven in termen van prijs/kwaliteit
		Marginale toetsing van de vraag wanneer diensten substituten zijn
		Nog onvoldoende transparantie met betrekking tot indicatoren
Toegankelijkheid	Betere doorlooptijden	Afname van keuzevrijheid door sturing binnen programma
	Zorg dichterbij huis bij substitutie van tweede naar eerste lijn	Afname van keuzevrijheid en langere reistijd door uitsluiting van zorgaanbieders
		Te weinig prikkels om toegankelijkheid te vergroten bij marktmacht
		Risico suboptimaal zorgaanbod, wanneer patiënten te lang in de eerste lijn gehouden worden
		Lagere toegankelijkheid voor 'dure' patiënten in geval zich risico-selectie voordoet
Betaalbaarheid	Kostenbesparingen als gevolg van afname patiënten naar de tweede lijn	In geval van marktmacht van geïntegreerde eerstelijnszorgaanbieder bestaat het risico dat kostenbesparingen niet worden doorgegeven aan patiënten
	Kostenbesparingen door voorkomen van dubbele bekostiging	In geval van marktmacht leidt risico van excessief hoge vergoedingen op korte termijn tot afname betaalbaarheid
	Kostenbesparingen door substitutie van tweede naar eerste lijn	Op langere termijn kan uitsluiting van zorgaanbieders door afname van concurrentie ook tot afname betaalbaarheid leiden
	Kostenbesparingen door substitutie binnen eerstelijnszorg	In geval patiënten langer in de eerste lijn gehouden worden en/of daardoor geen adequate (complexe) zorg krijgen risico op kostenstijging door toename complicaties
	Lagere premies zorgverzekeringen	

De NZa concludeert dat de invoering van functionele bekostiging voor de vier chronische aandoeningen in potentie toegevoegde waarde heeft voor de consument, mits de risico's ten aanzien van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voldoende worden beheerst.

Teneinde de voordelen en kansen te laten prevaleren, is het zaak de nadelen en risico's zoveel mogelijk te beperken. Hiertoe verkent de NZa in dit hoofdstuk een aantal potentiële maatregelen:

- borging minimum kwaliteit;
- invulling regierol;
- rol van de patiënt;
- markttoezicht NZa.

Hieronder worden deze potentiële maatregelen verder uitgewerkt. In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op de uitwerking van functionele bekostiging in de vorm van het opstellen van prestaties. Ook hierin kan een aantal van de gesignaleerde nadelen en risico's verder ondervangen worden.

## 6.2 Borging kwaliteit

Alle patiënten hebben recht op zorg van voldoende kwaliteit. Dat wil zeggen: zorg die veilig, effectief en patiëntgericht is. Hiervoor zijn wettelijke waarborgen ontwikkeld (BIG, WGBO). In aanvulling op deze wettelijke bepalingen bewaakt de IGZ de kwaliteit van zorg. De IGZ treedt op als primaire toezichthouder op het gebied van medische kwaliteit.

De NZa op haar beurt heeft als taak de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de informatievoorziening (product, prijs, kwaliteit en toegankelijkheid) op zorgmarkten te waarborgen. In wezen kan gesteld worden dat de IGZ zich buigt over de transparantie van kwaliteit en de NZa over de kwaliteit van de transparantie.

Een voorwaarde voor de functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg is dat dit niet ten koste gaat van de borging van de kwaliteit van de zorg. In de economische analyse wordt geconcludeerd dat de kwaliteit potentieel onder druk zou kunnen komen te staan door prikkels tot kostenreductie en substitutie (zie paragraaf 5.3).

Uit het literatuuronderzoek (zie paragraaf 4.1) blijkt dat samenwerking in de eerstelijnszorg potentieel een positieve bijdrage kan leveren aan de gezondheid van de patiënt. Ook blijkt uit onderzoek dat een goede samenwerking in de eerstelijnszorg kan bijdragen aan kostenverlaging elders in de zorg, bijvoorbeeld door onnodige ziekenhuisopnamen te voorkomen. Naast deze positieve kansen die ontstaan door geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging kan men in de economische analyse lezen dat er echter ook risico's aan geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging verbonden zijn voor de kwaliteit van de zorg (met name in relatie met de regierol en de functionele bekostiging).

Idealiter laat men de invulling van de zorgverlening aan het vakmanschap van de zorgverlener over en is inzicht mogelijk op basis van de resultaten van de geleverde zorg (output). De resultaten kan men vervolgens aan de door de wetenschap en praktijk geformuleerde norm toetsen. Voor de patiënten, de IGZ, zorgverleners onderling en verzekeraars geeft dit inzicht in de kwaliteit van de zorg en biedt het bovendien de mogelijkheid tot 'benchmarking'. De gegevens zijn informatief voor, onder andere, toezicht, keuze, beloning en onderhandeling.

Op dit moment zijn er echter nog geen betrouwbare outputindicatoren beschikbaar die de kwaliteit van de zorg dusdanig in kaart kunnen brengen dat de controle op het proces (de werkelijk geleverde zorg en de kwaliteit van de losse elementen) 'losgelaten' kan worden. Gesteld kan worden dat de kwaliteit van de transparantie nog niet toereikend is aangezien de daartoe beoogde meetinstrumenten (prestatie indicatoren) nog in ontwikkeling zijn. Door dit ontbreken van uitkomstindicatoren in de geïntegreerde eerstelijnszorg is het belangrijk dat helder is wat de inhoud van een prestatie is, zodat vast staat dat patiënten de zorg krijgen waar zij recht op hebben. Op basis van de transparantie op de inhoud kan de transparantie op de kwaliteit van de zorg ook toenemen (prestatie indicatoren).

Het duiden van kaders met betrekking tot de inhoud van de zorg, zoals via standaarden, zou voor deze situatie een tussenoplossing kunnen vormen in ieder geval totdat de zorg met behulp van uitkomsten gemonitord kan worden.

#### *Welke kaders zijn noodzakelijk?*

De beroepsgroepen zelf stellen standaarden, richtlijnen en normen op teneinde een hoog kwaliteitsniveau te stimuleren en eenheid van taal te creëren binnen de beroepsgroepen. Het is ook aan de professionals om met elkaar af te spreken wat goede zorg is. Standaarden voor de vier genoemde chronische aandoeningen bestaan op dit moment vanuit de diverse zorgverleners binnen de eerste lijn (de NHG<sup>19</sup> standaarden zijn daarvan het bekendste voorbeeld). Richtlijnen zijn documenten waarin weergegeven wordt hoe op basis van de wetenschap en praktijk zorg geleverd kan worden.

Een voorbeeld van een chronische aandoening die specifiek vraagt om een meer multidisciplinaire zorgaanpak is diabetes mellitus. Er is door meerdere belangenorganisaties ruimschoots nagedacht over deze zorg en wat deze zou moeten inhouden vanuit het perspectief van verschillende actoren (zorgverleners, verzekeraars en patiënten). Dit heeft geleid tot de NDF<sup>20</sup> zorgstandaard. Daarbinnen is niet alleen de wetenschappelijke bewijsgrond, maar ook de insteek van patiënt en verzekeraar vertegenwoordigd.

Een zorgstandaard is een functionele beschrijving van het complete zorgcontinuüm voor het multidisciplinaire zorgproces van een chronische aandoening opgesteld vanuit het perspectief van de patiënt. De standaard is hiermee richtinggevend voor de organisatie kwaliteitsbewaking (handvatten voor indicatoren) en bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg.

---

<sup>19</sup> NHG: Nederlands Huisartsen Genootschap

<sup>20</sup> NDF: Nederlandse Diabetes Federatie

### Zorgstandaard

De zorgstandaard is een raamwerk op hoofdlijnen en functioneert als norm van goede zorg. De basis voor een zorgstandaard zijn richtlijnen, wetgeving en het patiëntenperspectief. De zorgstandaard beschrijft vanuit functioneel oogpunt de minimale vereisten voor goede zorg. Het betreft geen blauwdruk en kan dan ook vertaald worden naar een individueel behandelplan.

Een zorgstandaard is een functionele beschrijving van het complete zorgcontinuüm voor het multidisciplinaire zorgproces van een chronische aandoening opgesteld vanuit het perspectief van de patiënt. De standaard is hiermee richtinggevend voor de organisatie kwaliteitsbewaking (handvatten voor indicatoren) en bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg.

Onderdelen van zorgstandaarden kunnen verder worden uitgewerkt in, of worden gebaseerd op, (multidisciplinaire) richtlijnen. Een richtlijn is een systematisch ontwikkeld (veelal monodisciplinair) advies en beschrijft het wat, wanneer en waarom van een zorginspanning. De basis van een richtlijn is de wetenschappelijke literatuur (evidence based) en in meer of mindere mate de praktijk (practice based).

De vorm van de huidige zorgstandaarden (DM, CVR, COPD) voor geïntegreerde eerstelijnszorg komt niet overeen. Zij kennen uiteenlopende detailniveaus en zijn niet altijd functioneel omschreven.

Een zorgstandaard betreft dus een raamwerk op hoofdlijnen en functioneert als norm voor goede zorg (minimale vereisten voor goede zorg). Praktisch probleem hierbij is dat van de vier chronische aandoeningen enkel diabetes en CVR volledig in een standaard ondergebracht zijn. Om de benoemde risico's te verkleinen ligt de keuze voor de hand pas over te gaan tot het benoemen van de geïntegreerde eerstelijnszorg als prestatie wanneer duidelijkheid bestaat over de inhoud, doelgroepen en doelstellingen van de keten.

#### *Conclusie*

De NZa concludeert dat met het oog op het borgen van de kwaliteit de aanwezigheid van zorgstandaarden een noodzakelijke voorwaarde is voor de introductie van functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg. De NZa constateert dat dit nog niet voor alle chronische aandoeningen het geval is, met het ontbreken van zorgstandaarden voor COPD en hartfalen. Bij diabetes en CVR is hiervan wel sprake.

Concreet volgt hieruit dat er per 2010 geen functionele bekostiging geïntroduceerd kan worden voor alle vier chronische zorgvormen, maar uitsluitend voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement.

## 6.3 Invulling regierol

Regie is een van de centrale begrippen bij zorg rondom chronisch zieken. Met als hoofdvraag: hoe komt goede regie tot stand? Deze vraag lijkt zich in het denken toe te spitsen op: bij wie in de zorgketen kan de regie het best neergelegd worden? Afgeleide vraag voor de NZa zou dan zijn: hoe kun je via de bekostiging stimuleren dat de 'juiste' regie tot stand komt?

Op grond van de economische analyse concludeert de NZa dat functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg regie kan stimuleren. Daar is echter meer voor nodig dan alleen de 'juiste' bekostiging. In deze paragraaf wordt het regievraagstuk verder besproken.

### 6.3.1 Wat is regie?

In de zorg wordt de term 'regie' doorgaans gebruikt voor coördinatie. Die coördinatie heeft verschillende aspecten. Een recent onderzoek van de IGZ naar regie/coördinatie bij de behandeling van kankerpatiënten constateert tekortkomingen en stelt dat op vier terreinen regie moet plaatsvinden:

- communicatie: één aanspreekpunt voor de consument;
- sturing: één regisseur die zo nodig bijstuurt;
- behandeling: één geactualiseerd behandelplan;
- dossier: één geïntegreerd dossier.

Een belangrijk uitgangspunt van regie in de zorg is dat dit gebeurt in het belang van de consument (en voor rekening van diens zorgverzekeraar). De regisseur is zodoende een zaakwaarnemer, met de consument (en de zorgverzekeraar) als opdrachtgever. Voor een doelmatige regie lijkt voor de hand te liggen dat deze taak in handen ligt dit van één (rechts)persoon/functionaris.

Functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg voegt hier nog een dimensie aan toe: de hoofdaannemer. Indien een prestatie een keten van behandelingen omvat, waar één tarief tegenover staat, moet de ontvanger van dat tarief dit vervolgens verdelen onder de daadwerkelijke behandelaars, volgens afspraken die hij met hen heeft gemaakt. De hoofdaannemer maakt hiertoe (contract)afspraken met de zorgverzekeraar en met zijn onderaannemers. Deze integratie van de zorgverkoop (als tegenhanger van zorginkoop) is ook een vorm van regie: *hoofdaannemerschap*.

### 6.3.2 Waarom komt zorgintegratie niet vanzelf tot stand?

Geïntegreerde zorg (volgens een geaccepteerde zorgstandaard) wordt algemeen gezien als een vooruitgang ten opzichte van de reguliere gefragmenteerde zorg zonder regie op communicatie, sturing, behandeling en dossiervorming. Incidenteel komt deze geregisseerde zorg van de grond zonder specifieke bekostiging, blijkbaar drijvend op intrinsieke motivatie. Het ging daarbij vooral om initiatieven op het gebied van behandeling van diabetes vanuit gezondheidscentra, die een algemene subsidie hadden (thans op basis van de Beleidsregel Samenwerking).

Onder de Beleidsregel Innovatie komen de laatste jaren juist relatief veel initiatieven van geregisseerde zorg tot stand, wederom veelal op het terrein van diabetes (zie hoofdstuk 4). Hierbij is de uitvoerder vaak niet een gezondheidscentrum maar een zogenaamde zorggroep: een groep huisartsen die samenwerken met als doel kwaliteitsverbetering en contracteringsgemak. Blijkbaar is de bekostiging een extrinsieke motivator die nodig is om dergelijke initiatieven van de grond te krijgen.

Bekostiging is slechts één extrinsieke motivator. Andere elementen die marktgedrag sturen zijn vraagsturing (transparantie) en concurrentiedruk. De marktomstandigheden bepalen in hoeverre transparantie en concurrentiedruk belangrijke (noodzakelijke) voorwaarden zijn voor het tot stand komen van gewenst gedrag. Het ontbreken van transparantie en concurrentiedruk kan risico's met zich meebrengen voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Deze potentiële risico's worden hieronder nader geanalyseerd.

### 6.3.3 Regie door de huisarts?

De ervaring tot nu toe vanuit de module innovatie leert dat zorggroepen het hoofdaannemerschap rondom de geïntegreerde diabeteszorg claimen en krijgen. Wat verklaart deze dominantie van zorggroepen?

De eerste verklaring ligt in de aard van de bekostigde zorg. De meerkosten van geïntegreerde zorg vloeien onder meer voort uit de regie. Regie bestaat weer voornamelijk uit het ontwikkelen, opzetten en onderhouden van structuren (ICT, overleg, dossiervorming, communicatie). Deze zaken komen alle tot uitdrukking in de overheadkosten. Als regie leidt tot meer overheadkosten (met mogelijk doelmatigheidswinst in de uitvoering) dan kunnen grote organisaties schaalvoordelen halen.

De tweede verklaring zijn de lagere contracteerkosten verbonden aan grote zorgaanbieders, zowel voor de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar. Ook dit zijn schaalvoordelen. Grote zorgaanbieders kunnen voor zorgverzekeraars overigens ook tot meerkosten leiden, indien grote zorgaanbieders meer marktmacht hebben dan kleinere.

Het bovenstaande verklaart waarom zorggroepen relatief groot zijn, maar nog niet waarom er (vrijwel) alleen zorggroepen bestaan die (vrijwel) volledig bestaan uit huisartsen. De NZa zoekt de verklaring voor de dominantie van huisartsen(groepen) in de positie die huisartsen op dit moment in de Nederlandse zorgsector innemen. In de eerste plaats is de marktmacht van huisartsen op de inkoopmarkt van generalistische zorg een factor van betekenis (zie NZa: Monitor Huisartsenzorg 2008). Daarbij zijn andere aanbieders van eerstelijnszorg en ziekenhuizen in belangrijke mate afhankelijk van verwijzingen door de regionale huisartsen.

Op voorhand ziet de NZa echter geen reden om aan te nemen dat andere aanbieders dan huisartsen minder geschikt zijn als hoofdaannemer/regisseur.

### 6.3.4 Regie door andere partijen

In de huidige situatie is (dreigende) toetreding tot de regierol van andere aanbieders dan huisartsen beperkt. In potentie ziet de NZa vooralsnog echter voldoende partijen die de regierol op zich zouden kunnen nemen:

- individuele zorgaanbieders, zoals bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist<sup>21</sup> en de (zelfstandig opererende) POH;
- zorgcentra;
- gespecialiseerde klinieken, zoals bijvoorbeeld een diabeteskliniek of een DCCH-kliniek<sup>22</sup>;
- ziekenhuizen<sup>23</sup>;
- patiëntenplatforms;
- zorgverzekeraars.

Voor de toekomst acht de NZa het vanuit de borging van de publieke belangen van groot belang dat ook andere aanbieders dan de huisarts de

---

<sup>21</sup> Op 26 maart 2009 heeft Minister Klink op het ministerie van VWS de eerste verpleegkundig specialisten in Nederland verwelkomd. Deze nieuwe beroepsgroep neemt taken van artsen over, die in de afgelopen jaren door de groeiende vraag naar medische zorg steeds minder tijd voor de patiënt hebben. Zie <http://www.venvn.nl/Vakdossiers/VerpleegkundigSpecialismen/tabid/1618/Default.aspx>

<sup>22</sup> DCCH = diabetes, COPD, CVR, hartfalen

<sup>23</sup> Zie bijvoorbeeld de Diabetes Poli van het Antonius Ziekenhuis in Sneek: <http://www.antonius-fri.nl/showpage.asp?steID=1&item=1594>

regierol op zich kunnen nemen door als hoofdaannemer op te treden. Maatregelen om dit te bereiken zijn het verlagen van toetredingsdrempels en het verhogen van transparantie.

### 6.3.5 Verlagen toetredingsdrempels

De NZa verwacht op basis van het bovenstaande dat huisartsen(groepen) de dominante factor zullen vormen bij de inkoop/verkoop van geïntegreerde eerstelijnszorg. Om te voorkomen dat deze of andere partijen individueel of gezamenlijk een economische machtspositie verkrijgen, en hier misbruik van kunnen gaan maken ten koste van kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid, is het noodzakelijk toetreding tot de markt zo goed mogelijk te faciliteren.

Andere potentiële hoofdaannemers moet het mogelijk zijn toe te treden. Aanwezige toetredingsdrempels dienen te verdwijnen. Maatregelen om dit te bereiken zijn bijvoorbeeld:

- het direct toegankelijk maken van alle aanbieders van eerstelijnszorg (geen verwijzing nodig binnen de eerste lijn);
- het loslaten van de verplichte inschrijving bij een huisarts.

Het laten verdwijnen van toetredingsdrempels alleen is naar het oordeel van de NZa niet voldoende om gewenst gedrag te stimuleren. Daarvoor is transparantie ook belangrijk. Daarover gaat de volgende paragraaf.

### 6.3.6 Verhogen transparantie

Zorgmarkten zijn over het algemeen intransparant. Markten voor eerstelijnszorg vormen geen uitzondering op die regel. En er is ook geen reden om aan te nemen dat het introduceren van functionele bekostiging op zichzelf stimuleert tot het ontwikkelen van informatieve indicatorgegevens, en het verzamelen en openbaren van die gegevens. Toch is het beschikbaar komen van die gegevens essentieel, juist omdat een substantiële concurrentiedruk vanuit (dreigende) toetreding naar verwachting grotendeels zal ontbreken.

De druk op kwaliteit en doelmatigheid zal moeten komen van het vergelijken van de prijs/kwaliteit-verhouding van eerstelijnszorg in verschillende regio's. Het afdwingen van landelijk vergelijkbare indicatorinformatie is daarom essentieel.

De NZa beschikt op basis van de WMG over instrumenten om de gewenste transparantie af te dwingen. Bijvoorbeeld via de prestatiebeschrijving en/of een nadere regel kan de NZa regels stellen en handhaven.

## 6.4 Rol van de patiënt

Als patiënten kunnen kiezen voor de zorgaanbieder die het beste aan hun wensen voldoet, worden aanbieders gestimuleerd om in te spelen op de wensen van de patiënt (mits aanbieders zelf kunnen bepalen welke zorg zij willen aanbieden). Zorgaanbieders zullen op deze manier zowel op de prijs als op de kwaliteit focussen.

### 6.4.1 Het algemeen consumentenbelang

Het doel van de NZa is in de eerste plaats om de positie van de zorgconsument zodanig te versterken dat deze zelf effectief kan optreden naar de overige marktpartijen. Het gaat anders gezegd om de zelfredzaamheid van de zorgconsument. Zelfredzaamheid betekent dat

de consument, of zijn vertegenwoordiger, redelijkerwijs in staat is met vertrouwen een geïnformeerde en vrije keuze te maken voor de zorgaanbieder of verzekeraar die het beste aan zijn wensen voldoet. Als een zorgaanbieder niet tegemoet komt aan de wensen van de consument, bestaat de kans dat deze consument overstapt naar een alternatief. Hierdoor worden aanbieders gestimuleerd zo goed mogelijk te luisteren naar de wensen van de consument en zorg te leveren met een goede prijs/kwaliteitverhouding.

Om een goede keuze te kunnen maken in de zorg en dus zelfredzaam te zijn, dient aan een aantal randvoorwaarden te zijn voldaan. Belangrijk is dat de consument:

- voldoende informatie tot zijn beschikking heeft (bijvoorbeeld over kwaliteit, prijs en wachttijden) om een goed geïnformeerde keuze te kunnen maken;
- zelf vrij kan kiezen voor de zorg die het beste past bij zijn voorkeuren;
- er op kan vertrouwen dat de geleverde zorg voldoet aan hetgeen hem vooraf is beloofd, en zijn recht kan halen indien dit niet het geval is.

Bovenstaande punten zijn te vertalen naar de consumentenwaarden transparantie, keuzevrijheid en een goede rechtspositie. Middels deze drie waarden tracht de NZa het algemeen consumentenbelang te borgen. Keuzevrijheid is in de analyse aan de orde gekomen onder de noemer 'toegankelijkheid'. Transparantie is een essentiële voorwaarde voor consumenten om daadwerkelijk te kunnen kiezen.

#### **6.4.2 Verhogen transparantie**

Juist op zorgmarkten is er vaak sprake van een sterke informatieasymmetrie. De zorgaanbieder heeft vaak meer kennis van complexe medische diagnoses en behandelingen. Omdat een consument deze kennis (normaal gesproken) ontbeert is hij sterk afhankelijk van het advies van de arts over zijn behandeling. Bovendien is dezelfde informatieasymmetrie er verantwoordelijk voor dat het voor een consument vrijwel onmogelijk is om een gedegen kwaliteitsoordeel te vellen over een arts. Voor iemand met een chronische aandoening speelt dit probleem vooral in het begin. Door de consument inzicht te verschaffen in bijvoorbeeld kwaliteitsverschillen wordt een zorgaanbieder toch gestimuleerd om te voldoen aan de wensen van de consument. Transparantie kan dit inzicht voor de consument verschaffen.

Het doel van het verhogen van transparantie is een kritische houding stimuleren bij consumenten en op deze manier switchgedrag bevorderen. De dreiging voor zorgaanbieders dat patiënten naar andere aanbieders kunnen switchen zorgt ervoor dat zorgaanbieders onderling zullen gaan concurreren. Concurrentie kan plaats vinden op het gebied van prijs maar ook op het gebied van kwaliteit.

#### **6.4.3 Overige mogelijkheden**

Een andere mogelijkheid om een kritische houding bij de consument te versterken is hen direct te laten delen in de doelmatigheidswinst die geboekt wordt met het gebruik maken van geïntegreerde eerstelijnszorg.

Dit kan bijvoorbeeld gerealiseerd worden door teruggave van het eigen risico. De achterliggende gedachte van het eigen risico is immers dat een patiënt hiermee gestimuleerd wordt naast de baten ook de kosten af te wegen van het ontvangen van zorg. Wanneer deze kosten lager uitvallen doordat de patiënt kiest voor geïntegreerde eerstelijnszorg / een



zorgprogramma, ligt het in de rede dat ook hij van deze kostenbesparing profiteert. Hiermee krijgen patiënten een extra prikkel gebruik te maken van geïntegreerde eerstelijnszorg en/of deel te nemen aan een zorgprogramma.

Indien klanttevredenheid onderdeel van de prestatie is, zijn zorgaanbieders nog meer bewust van het feit dat zij moeten voldoen aan de wensen van de consument. Voor consumenten aan de andere kant, is klanttevredenheid een helder begrip om verschillende aanbieders te kunnen vergelijken. Een mogelijkheid om klanttevredenheid onderdeel van de prestatie te laten zijn is om middels kwaliteitseisen een bepaalde score te vereisen. Te denken valt aan de CQ-index waarin consumenten hun tevredenheid uiten. De CQ-index zou als prestatie-indicator gebruikt kunnen worden.

#### *Klanttevredenheid als onderdeel prestatie*

Patiëntenverenigingen kunnen een belangrijke rol spelen bij het informeren van patiënten en zodoende de transparantie verhogen. Zij kunnen informatie op zo een manier verzamelen dat een hele groep patiënten hiervan kan profiteren. In de praktijk zijn hier ook al voorbeelden van zoals het verspreiden van behandelprotocollen (zodat een patiënt voorbereid de spreekkamer binnen stapt) en het opzetten van informatiepunten<sup>24</sup>.

## 6.5 Markttoezicht NZa

Vanzelfsprekend speelt de NZa zelf ook een rol bij het invoeren van functionele bekostiging, stimuleren van de voor- en nadelen en bestrijden van de nadelen en risico's.

Hieronder wordt nagelopen welke instrumenten de NZa daartoe in handen heeft in de eerstelijnszorg, en vervolgens bekeken in hoeverre de inzet van een of meerdere van deze instrumenten gerechtvaardigd is.

### 6.5.1 Taken en bevoegdheden NZa in de eerste lijn

De taken en bevoegdheden van de NZa zijn bepaald door de WMG In het kader van het sectorspecifiek markttoezicht (naast toezicht op de uitvoering van de Zvw en AWBZ) beschikt de NZa over verschillende interventie instrumenten, te weten:

- reguleren van tarieven;
- reguleren van deelmarkten met vrije tarieven. Hieronder valt het signaleren van belemmeringen die concurrentie bevorderen. Indien mogelijk kunnen verplichtingen op worden gelegd om de concurrentie te bevorderen. Ook valt hieronder het opleggen van verplichtingen indien de machtspositie van partij(en) het op gang komen van de markt verhinderen;
- reguleren van product- en prestatieomschrijvingen, contractvoorwaarden en transparantie;
- administratie-, informatie- en declaratieverplichtingen;
- handhaven;
- signaleren.

Daarnaast heeft de NZa tot taak de concurrentieverhoudingen en het marktgedrag op de zorgmarkten te onderzoeken. De NZa is dan ook

<sup>24</sup> Zo heeft KWF een infopunt opgezet om aan kankerpatiënten een objectieve keuze te bieden of zij wel of niet participeren aan experimenteel onderzoek.

bevoegd om informatie op te vragen, te beoordelen, te bewerken, te vergelijken en te publiceren.

Een andere mogelijkheid is het inschakelen van de NMa. Er bestaat een samenwerkingsprotocol tussen de NZa en de NMa wat mogelijk maakt dat de toezichthouders in onderling overleg kunnen treden als blijkt dat het instrumentarium van de NMa beter geschikt is om problemen op te pakken.

Onderstaand komen achtereenvolgens de mogelijke inzet van tariefregulering (paragraaf 6.5.2) of andere vormen van regulering (paragraaf 6.5.3). Vervolgens komen overige vormen van markttoezicht aan de orde (paragraaf 6.5.4). Het reguleren van product- en prestatieomschrijvingen komt aan de orde in hoofdstuk 7.

### **6.5.2 Inzet tariefregulering**

De NZa heeft tot taak tarieven vast te stellen daar waar deze nog niet vrij onderhandelbaar zijn, dit kan het geval zijn als deze vrije onderhandelingen leiden tot een ongewenste uitkomst. De NZa acht tariefregulering in geval van de prestaties voor de vier chronische aandoeningen voorsnog niet opportuun. Uit de economische analyse blijkt dat dit zowel uit het oogpunt van kwaliteit, als uit het oogpunt van betaalbaarheid tot een ongewenst resultaat zou leiden.

#### *Tariefregulering en kwaliteit*

De meerwaarde van geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging voor de kwaliteit van zorg bij chronische aandoeningen zijn (in potentie) aanwezig en rechtvaardigen invoering ervan. Er zijn echter risico's die zich kunnen uiten door middel van verschraving van de kwaliteit.

Omdat deze risico's moeilijk vooraf precies zijn in te schatten is het ongewenst om bij aanvang al vormen van tariefregulering of contracteerverplichtingen op te leggen om kwaliteitsverschraving tegen te gaan. Minimumtarieven, bijvoorbeeld, voor zorgaanbieders die aan programma's meewerken om te voorkomen dat die op kosten besparen, waardoor de kwaliteit terugloopt, zijn wenselijk zolang onduidelijk is of dit probleem zich daadwerkelijk in de praktijk in grote mate zal voordoen. Geleidelijke implementatie in alleen die gevallen waar kwaliteit voldoende gewaarborgd en in het oog gehouden kan worden is aanbevelenswaardig. Verder dienen ontwikkelingen na invoering nauwkeurig en systematisch te worden gevolgd, zodat eventueel bijgestuurd kan worden mochten de vastgestelde mogelijke risico's zich openbaren.

#### *Tariefregulering en betaalbaarheid*

Met betrekking tot het publieke belang betaalbaarheid kan worden geconcludeerd dat geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging in potentie de betaalbaarheid ten goede komen, door de verschillende kostenbesparingen die optreden. Echter, tegelijk zorgen de risico's van marktmacht ervoor dat die voordelen mogelijk niet aan patiënten worden doorgegeven. Bovendien kan op langere termijn de betaalbaarheid afnemen als door 'misbruik' van marktmacht de concurrentie tussen zorgaanbieders afneemt.

Het is aanbevelenswaardig om bij aanvang van de introductie van geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging geen tariefregulering op te leggen, maar het systeem de kans te geven om met ongereguleerde tarieven van de grond te komen. Dat wil zeggen dat

er bij aanvang geen maximumtarieven zouden worden opgelegd om het risico van excessief hoge tarieven van programma-aanbieders aan zorgverzekeraars weg te nemen. Verder zouden ook geen minimumtarieven voor zorgaanbieders binnen programma's worden opgelegd, of contracteerverplichtingen om zorgaanbieders buiten programma's te beschermen.

Hoewel de risico's wel aanwezig zijn, maar vooraf lastig is in te schatten hoe groot ze zijn, zouden de ontwikkelingen na invoering van geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging nauwkeurig en systematisch dienen te worden gevolgd. Bij signalen dat de vastgestelde risico's zich daadwerkelijk zouden manifesteren, zou dan alsnog tariefregulering kunnen worden overwogen.

#### *Verandering ten opzichte van de bestaande situatie*

De tarieven voor de zorgprogramma's die op basis van de Beleidsregel Innovatie door de NZa zijn goedgekeurd, zijn vrij onderhandelbaar. Voor deze programma's geldt dat het niet opleggen van tariefregulering onder de voorgenomen Beleidsregels voor het viertal chronische aandoeningen dus geen verandering zou inhouden. Dit betekent dat de situatie voor de meeste bestaande zorgprogramma's niet verandert en dat er sprake blijft van vrij onderhandelbare tarieven.

Voor de bestaande zorg voor de vier chronische aandoeningen die niet onder de Beleidsregel Innovatie wordt aangeboden, kan het niet opleggen van tariefregulering wel een verandering inhouden. In het geval die zorg momenteel wordt aangeboden onder de Beleidsregels M&I of Samenwerking, zoals bijvoorbeeld het geval kan zijn bij gezondheidscentra, zal de opslag per ingeschreven patiënt verdwijnen (omdat deze Beleidsregels zullen komen te vervallen). Verder zal de tariefregulering zoals die momenteel van toepassing op "losse" aanbieders van kracht blijven.

In de toekomst kunnen zorggroepen of gezondheidscentra die met zorgverzekeraars onderhandelen over zorg voor de vier chronische aandoeningen ofwel een vrij tarief overeenkomen voor een zorgprogramma, ofwel terugvallen op de bestaande gereguleerde tarieven die gelden voor "losse" zorgaanbieders. Omdat in het laatste geval wel de bestaande opslag op grond van de Beleidsregels M&I of Samenwerking vervalt, zal deze optie minder aantrekkelijk zijn voor zorggroepen en gezondheidscentra.

### **6.5.3 Inzet overige instrumenten NZa**

Hiervoor concludeert de NZa dat tariefregulering vooralsnog niet aan de orde is, maar dat het systeem de kans gegeven moet worden om van de grond te komen met ongereguleerde tarieven. Dit betekent echter niet dat andere door de NZa in te zetten instrumenten niet opportuun zijn.

De economische analyse toont aan dat de potentiële nadelen en risico's van geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging op zijn minst significant zijn. De NZa wil zich daarom maximaal inspannen om deze te beteugelen, zonder het proces van integratie in de kiem te smoren.

Naast haar aanbevelingen ten aanzien van kwaliteit zal de NZa daarom de inzet van de volgende instrumenten nader onderzoeken:

- *verhogen transparantie ten behoeve van de consument*: op grond van de WMG kan de NZa zorgaanbieders en verzekeraars verplichten tot informatieverstrekking over kwaliteit, tarieven en andere eigenschappen van de zorgverlening met het oog op de transparantie

- van de markt, zodat consumenten een weloverwogen keuze kunnen maken (artikel 38 van de Wmg);
- *verhogen van inzichtelijkheid en bevorderen van concurrentie*: met het oog op de inzichtelijkheid van de zorgmarkten of de bevordering van de concurrentie, kan de NZa regels stellen betreffende de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg of tarieven en de voorwaarden die daarbij gehanteerd worden (artikel 45 van de WMG);
  - *monitoring*: de NZa kan de markt intensief monitoren en op grond daarvan eventueel aanpassingen doen in haar beleid.

#### *Maatregelen verhogen transparantie*

De NZa adviseert in het voorgaande de transparantie te verhogen ten behoeve van zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars als consumenten (zie paragraaf 6.3 en 6.4). De doelstelling hiervan is drieledig:

- faciliteren vraagsturing door de patiënt;
- stimuleren toetreding zorgaanbieders;
- voorkomen van een proces van zorginkoop waarbij de nadruk teveel op kosten en te weinig op kwaliteit komt te liggen.

Gegeven de breedte van de doelstelling en het belang dat bestaat bij het verhogen van de transparantie, zal de NZa het verhogen van de transparantie zelf actief oppakken. De NZa zal in kaart brengen welke gegevens hiertoe precies benodigd zijn, deze verzamelen en publiceren op zodanige wijze dat zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars als consumenten hier gebruik van kunnen maken.

De doelstelling van de NZa is deze maatregelen te implementeren voordat functionele bekostiging voor geïntegreerde eerstelijnszorg daadwerkelijk van start gaat.

#### *Bevorderen van kwaliteitstransparantie*

De NZa wil transparantie van kwaliteitsinformatie bevorderen. Hiertoe zullen eerst prestatie-indicatoren voor generalistische zorg moeten worden ontwikkeld en ingevoerd. Transparantie over kwaliteit, tezamen met gelijke bekostiging voor gelijke prestaties en afbouw van de risicoverevening in ziekenhuiszorg, maakt het voor de verzekeraar mogelijk weloverwogen generalistische zorg of tweedelijnszorg in te kopen op basis van de beste prijs-kwaliteitverhouding. De NZa vindt het positief dat prestatie-indicatoren zijn ontwikkeld voor Diabeteszorg, COPD en Vasculair Risicomanagement. De NZa draagt hieraan bij door te participeren in de workshop ketenindicatoren door het programma Zichtbare Zorg.<sup>25</sup>

#### *Maatregelen bevorderen concurrentie: voorkomen van uitsluiting*

Uitsluiting van andere zorgaanbieders is een reëel risico wanneer integratie van de eerstelijnszorg en functionele bekostiging daarvan doorgang vinden. De NZa kan regels stellen die dit voorkomen, gericht op het tegengaan van onredelijke betalingscondities, onredelijk lange contracttermijnen, exclusieve levering of onredelijke voorwaarden bij het opzeggen van een contract.

De NZa zal in kaart brengen welke maatregelen precies benodigd zijn en op welke wijze deze ingevuld moeten worden. De doelstelling van de NZa is deze maatregelen te implementeren voordat functionele bekostiging voor geïntegreerde eerstelijnszorg daadwerkelijk van start gaat.

---

<sup>25</sup> Bron: NZa (2009), Monitor Huisartsenzorg 2008

### Monitoring

Zoals gebruikelijk bij liberaliseringstrajecten in de zorg zal de NZa het proces naar functionele bekostiging van de geïntegreerde eerstelijnszorg nauwkeurig monitoren. Als uit de monitoring blijkt dat op een of meer aspecten sprake is van voor de consument ongewenste ontwikkelingen, dan kan de NZa ingrijpen in de vorm van gehele of gedeeltelijk (her)regulering.

### 6.5.4 Rol NMa

De uitvoering van de Mededingingswet is opgedragen aan de NMa. De NMa handhaaft het verbod op kartels en op misbruik van een economische machtspositie en toetst fusies en overnames.

De NMa volgt ook de naleving van de mededingingswet door zorgverleners. Tot op heden heeft de NMa geen publieke acties ondernomen naar aanleiding van bijvoorbeeld de groei van de zorggroepen. De NMa en NZa stemmen op grond van een samenwerkingsprotocol hun activiteiten af en informeren elkaar over signalen die de mededinging raken.

## 6.6 Advies

De NZa concludeert dat de invoering van functionele bekostiging voor de vier chronische aandoeningen in potentie toegevoegde waarde heeft voor de consument mits aan een aantal randvoorwaarden is voldaan.

Deze randvoorwaarden zijn bedoeld om de risico's te beheersen die kunnen optreden ten aanzien van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg:

- aanwezigheid van een door eerste- en tweedelijns zorgaanbieders geaccepteerde en door patiëntenverenigingen gelegitimeerde zorgstandaard. Dit betekent dat alleen voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement functionele bekostiging kan worden geïntroduceerd per 1 januari 2010;
- verlagen toetredingsdrempels, teneinde te stimuleren dat ook andere zorgaanbieders dan huisartsen de rol van regisseur op zich kunnen gaan nemen;
- verhogen transparantie ten behoeve van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten;
- verbeteren positie patiënt.

De NZa zal de mogelijkheden onderzoeken die zij heeft vanuit haar markttoezichtsrol voor het verlagen van toetredingsdrempels, verhogen van transparantie en verbeteren van de positie van de patiënt.

Mits voldaan wordt aan deze randvoorwaarden acht de NZa de introductie van tariefregulering voor de vier chronische zorgvormen voorsnog niet noodzakelijk.

### Advies

De NZa adviseert de Minister van VWS functionele bekostiging per 1 januari 2010 in te voeren voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement.



## 7. Invulling prestaties

De volgende stap in de toepassing van functionele bekostiging voor de chronische aandoeningen is het vaststellen van bijbehorende prestaties. Het vaststellen van de eigenlijke prestaties voor de vier chronische aandoeningen vormt op zichzelf geen onderdeel van deze visie. Dit zal in een volgende fase gebeuren.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de uitgangspunten voor het opstellen van de prestaties die voortvloeien uit de analyse in deze visie. Aan de orde komen onder meer de inhoud van de prestatie en de afbakening.

Het uiteindelijke streven voor de inhoud van de zorgprestatie is een lange termijn oplossing die recht doet aan de gewenste situatie zoals eerder omschreven: optimaal in te spelen op de integrale zorgvraag van de patiënt en de zorg te bieden die daarbij, volgens de huidige medische inzichten, tot de beste resultaten kan leiden. De afstemming tussen de verschillende prestatieomschrijvingen en bekostigingssystemen moet dusdanig zijn dat zij geen belemmering oplevert om een patiënt te voorzien van de zorg die leidt tot een voor hem of haar optimale gezondheidssituatie.

### 7.1 Grenzen van de prestaties

Inrichting van de zorg gebeurt zowel vanuit oogpunt van de patiënt als uit medisch-inhoudelijk oogpunt. De overgang van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg kan problemen opleveren die betrekking hebben op de 'schotten' in de zorg. De aanspraak vanuit een patiëntenvraag is vaak verdeeld over meerdere wetten (Zvw, AWBZ, WMO). Daarnaast bestaat de kans dat delen van de zorg niet onder de basisverzekering vallen en verschillend verspreid zijn over aanvullende verzekeringen. Dit kan leiden tot uitvoeringsproblemen bij inkoop en vergoeding. Niet alleen de wetgeving en aanspraak, maar ook de inrichting van de zorg zoals deze vandaag de dag bestaat (de onderverdeling in eerste, tweede en derde lijn) zorgt voor schotten.

Idealiter kan men alle zorg die nodig is binnen een pakket vanuit de medische noodzakelijkheid of het oogpunt van de patiënt onder dezelfde regelgeving laten vallen, teneinde optimale samenwerking te bewerkstelligen en tegenstrijdige financiële prikkels te voorkomen.

#### 7.1.1 Grens basisverzekering/aanvullende verzekering

De geïntegreerde eerstelijnszorg voor de vier chronische aandoeningen heeft als expliciet doel om bestaande grenzen te laten vervagen, door bijvoorbeeld toenemende focus op geïndiceerde preventie binnen de behandeling voor chronisch zieken. Preventieve activiteiten vallen echter (deels) niet onder de Zvw, terwijl andere delen zoals fysiotherapie onder de aanvullende verzekering vallen. Daarnaast is er sprake van overlap naar bijvoorbeeld de tweede lijn door onderdelen als consultatie, medebehandeling en periodieke controles.

De verantwoordelijkheid van de NZa reikt niet verder dan de WMG. De mogelijkheden om schotten te verwijderen in de aanspraak liggen niet bij de NZa. Daar waar het gaat om de inhoud van het verzekerde pakket is het CVZ het verantwoordelijke orgaan.

Met betrekking tot de inhoud van de prestatie is op korte termijn het binnen de grenzen van de aanspraak blijven dus de enige oplossing. De verschillen tussen basisverzekering en aanvullende verzekering binnen de Zvw zullen in de praktijk potentieel voor problemen gaan zorgen. Om dit te ondervangen zal er gezocht moeten worden naar een passende oplossing.

Een mogelijke oplossing is de prestaties dusdanig vast te stellen dat die onderdelen van de zorginspanning die niet onder de basisverzekering vallen als apart pakketje/onderdeel gedeclareerd kunnen worden. Hierdoor kunnen patiënten die niet aanvullend verzekerd zijn wel gebruik maken van de keten, terwijl patiënten die wél aanvullend verzekerd zijn het volledige pakket kunnen ontvangen.

### **7.1.2 Grens eerste en tweede lijn**

Ook de grens tussen eerste en tweede lijn kan in de praktijk voor problemen zorgen. Ketenzorg in de brede zin van het woord gaat over alle lijnen heen. Wanneer we kijken naar de zorg zoals die bestaat onder de beleidsregel innovatie, is er duidelijk ook sprake van betrokkenheid van de tweede lijn. Vanuit het oogpunt van betere aansluiting van de zorg en substitutie van tweede naar eerste lijn is een aansluiting of brug naar de tweede lijn noodzakelijk.

Praktisch gezien is echter sprake van een afwijkende registratie, declaratie en rol voor de verzekeraar (niet volledig risicodragend in de tweede lijn). Een pragmatische aanpak is ook op dit vlak momenteel de enige optie: op de nota kan een uitsplitsing gemaakt worden naar prestaties die vallen onder de eerste en de tweede lijn.

## **7.2 Omschrijving prestatie**

Om een markt goed te laten functioneren moeten partijen weten met welk product men te maken heeft, voor wie (welke patiënt) dit product bedoeld is, wat de kwaliteit ervan is en wat de kosten zijn die eraan verbonden zijn. Afhankelijk van de marktomstandigheden kan deze prestatie heel ruim (algemene prestatie) of juist zeer strikt omschreven zijn.

### **7.2.1 Algemeen omschreven**

De NZa geeft er in principe de voorkeur aan de zorg vooral te toetsen op uitkomsten en zorgaanbieders vrij te laten de zorg in te richten zoals zij dat zelf wenselijk achten. De beleidsregel innovatie geeft in dit opzicht een kijkje in de keuken van de aanbieders van geïntegreerde eerstelijnszorg. De verschillen tussen de initiatieven zijn echter groter dan de overeenkomsten.

Toetsen op uitkomsten blijkt in de praktijk nog lastig. Uitkomstmaten zijn nog niet aanwezig. En ook al zouden deze in 2010 operationeel zijn, dan leert de praktijk dat het tenminste een aantal jaren duurt voordat betrouwbare en valide gegevens tot stand komen.

Wanneer inzicht in de uitkomsten ontbreekt, moet meer duidelijkheid bestaan over de inhoud en het proces. Dergelijke transparantie van inhoud is nodig om een eerlijk speelveld te creëren en om de risico's voor de publieke belangen te kunnen monitoren. Dit kan op diverse manieren, waaronder het gebruik van prestatie indicatoren (proces en structuur). Evenals de uitkomstindicatoren zijn ook proces- en structuurindicatoren voorlopig echter nog niet voldoende betrouwbaar.



### 7.2.2 Strikt omschreven

Een andere invulling is een strikte omschrijving van de zorg die tot de prestatie behoort (en dus bekostigd wordt). Nadeel hiervan is echter de beperkte praktische uitvoerbaarheid. Patiënten zijn niet allemaal gelijk en hebben om die reden veelal niet exact dezelfde zorg nodig, ook al lijden zij aan dezelfde aandoening. Bovendien is de literatuur niet eenduidig over de gewenste onderdelen van een ketenprogramma. Een dergelijk traject voor omschrijving van prestatie zou gezien het bovenstaande naar verwachting veel inhoudelijke expertise en tijd vergen. Een dergelijke inhoudelijke vaststelling is daarnaast de taak van het veld en niet van de NZa.

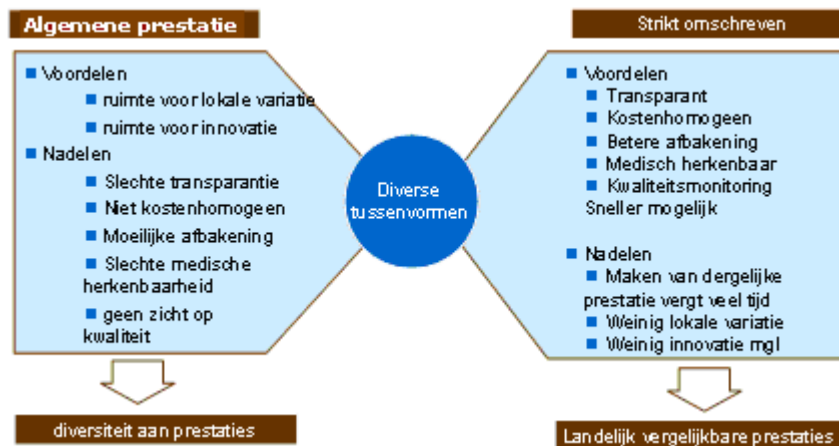
### 7.2.3 Afweging algemene vs. strikt omschreven prestaties

Voor de afweging van een algemene versus een strikte prestatieomschrijving worden hieronder de verschillende kenmerken geanalyseerd in het kader van de zorg voor chronische aandoeningen.

Hierbij komt achtereenvolgens aan de orde:

- ruimte voor variatie en innovatie;
- medische herkenbaarheid en kostenhomogeniteit;
- transparantie;
- afbakening;
- betaalbaarheid;
- zicht op kwaliteit;
- praktische uitvoerbaarheid;
- toegankelijkheid.

**Figuur 1. Algemene prestaties vs. strikt omschreven prestaties**



Bron: NZa

#### *Ruimte voor variatie en innovatie*

Idealiter zal geïntegreerde eerstelijnszorg leiden tot hogere kwaliteit en een lagere prijs. Een belangrijk ingrediënt bij de zorg voor chronische patiënten zoals patiënten met diabetes mellitus is de geprotocolleerde standaard zorg, zoals bijvoorbeeld de periodieke oogcontroles. Mogelijkheden voor variatie in de organisatie/behandeling, per patiënt of lokaal/regionaal, kunnen echter wenselijk zijn. Dit teneinde de bijzondere (niet standaard) patiënten op een toegespitste manier te kunnen helpen, en ook de praktische invulling aan te kunnen passen op de lokale /regionale situatie (overlegstructuur, taakverdelingen tussen de verschillende hulpverleners, etc.). Een richtlijn of standaard is immers geen kookboek en de zorgverlener kan en mag er indien nodig van

afwijken. Het tot in detail benoemen van welke zorg allemaal in een pakket/keten hoort, gaat verder dan de hiervoor genoemde standaarden en richtlijnen en is vanuit het oogpunt van variatie dan ook niet wenselijk. Het geheel vrijlaten van de prestatie geeft uiteraard nog meer ruimte voor variatie. Daarbij zou echter de verzekeraar toch nog een zekere afbakening voor zijn rekening kunnen nemen.

In de beschrijving van de gewenste situatie staat hoe de eerstelijnszorg rekening zou moeten houden met de lokale en regionale omstandigheden, zoals bevolkingsamenstelling.

Innovatie is meestal wat moeilijker in de standaardzorg te stoppen. Zeker wanneer de zorg strikt omschreven is, worden mogelijkheden hiertoe afgesloten. De innovatieve projecten gericht op efficiencywinst hebben in dit kader mogelijk een andere positie dan de innovatieve projecten gericht op hogere kwaliteit die geen prijsverlaging in zich dragen. Mogelijk risico is dan ook dat door focus op prijs deze laatste vorm van innovatie naar de achtergrond zal verdwijnen, met gevolgen voor de kwaliteit van zorg van dien.

De beschrijving van de gewenste situatie (zie hoofdstuk 3) sluit aan bij bovengenoemde overwegingen. Hierin wordt immers aangegeven hoe de prestatieomschrijving en het daaraan gekoppelde systeem voor bekostiging niet alleen ruimte moeten bieden voor de huidige vernieuwingen. Zij moeten ook mogelijk maken en bevorderen dat er voortdurend gewerkt wordt aan innovaties die de kwaliteit van zorg verhogen en de doelmatigheid vergroten. Er moet steeds opnieuw ingespeeld kunnen worden op verschuivende zorgvragen van patiënten. Dat kan vereisen dat prestatieomschrijvingen niet volledig worden dichtgetimmerd door gedetailleerde (proces)beschrijvingen, gebaseerd op de huidige standaarden.

Samengevat biedt een vrij omschreven prestatie meer mogelijkheden voor variatie en innovatie dan duidelijke afbakening. De mogelijk eenzijdig gerichte rol van verzekeraars bij de algemene prestatie en de mogelijk al te hoge mate van afbakening bij de omschreven variant bieden nuancering bij deze constatering.

#### *Medische herkenbaarheid en kostenhomogeniteit*

Voor een goede werking van de markt moet er duidelijkheid bestaan welke producten van toepassing zijn. Medisch herkenbare producten zijn zowel voor patiënt als zorgverzekeraar van belang. De medische herkenbaarheid is op zijn beurt van directe invloed op de kostenhomogeniteit, de afbakening en het inzicht in kwaliteit. Een algemene prestatie is in eerste instantie weinig medisch herkenbaar. De verzekeraars hebben er echter baat bij te weten wat zij inkopen en kunnen afspraken maken met de diverse zorgverleners over de producten. Afhankelijk van deze afspraken zal er sprake zijn van medische herkenbaarheid. De vraag in hoeverre dit inzichtelijk is voor patiënten is niet of nauwelijks te beantwoorden en de vergelijkbaarheid (benchmarking) met ander zorgaanbieders is niet of slechts moeizaam mogelijk.

Ter voorkoming van verkeerde prikkels (zoals onderbehandeling en/of afwenteleffecten) zouden de kosten van een bepaalde prestatie bij een patiënt uit dezelfde groep (zorgzwaarte) vergelijkbaar in prijs moeten zijn (kostenhomogeniteit). Een zorgtraject kan in principe op ieder moment ingaan, maar de kosten zijn niet noodzakelijkerwijs evenredig verdeeld over de gehele periode (zij zijn afhankelijk van de fase van de aandoening en of er sprake is van multi-morbiditeit). De cumulatieve

behandelintensiteit hoeft evenmin hetzelfde te zijn per patiënt (gezien de verschillen in de ernst van de aandoening en de sociaal-economische status van de patiënt). Algemene prestaties ondervangen dergelijke pluriformiteit in de zorgvraag in eerste instantie niet. Verzekeraars zouden hierin een rol kunnen spelen, maar zij zullen naar alle waarschijnlijkheid niet komen tot landelijk vergelijkbare kostenhomogene prestaties. Exacte omschrijving van de prestatie geeft meer kostenhomogeniteit.

Bij een algemene prestatieomschrijving kan een tweede probleem ontstaan bij het wisselen van aanbieder of verzekeraar. Niet alle aanbieders willen/kunnen ketenproducten aanbieden en niet alle verzekeraars zullen dergelijke producten willen contracteren. Een oplossing voor dit probleem zou gevonden kunnen worden in het declareren op kwartaalbasis (vgl. inschrijftarief) of het opdelen van het zorgtraject in fasen met grote diversiteit in kosten (indicatiestelling, periodieke controle, exacerbatie, etc.).

Afhankelijk van de mate van specificiteit met betrekking tot de inhoud van de prestatie (vrij versus afgebakend) zal dus ook de kostenhomogeniteit groter of kleiner zijn. Vergelijkbare patiënten (zorgzwaarte: ernst van de aandoening, comorbiditeit, fase van de aandoening, sociaal economische status) ontvangen gemiddeld gelijke zorg en leveren gemiddeld gelijke kosten.

#### *Transparantie*

Zoals eerder al aangegeven, moet een zorgverzekeraar als zorginkoper letten op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg voor zijn verzekerden. Daartoe is het wel nodig dat de prestaties en de kwaliteit voldoende inzichtelijk zijn voor de verzekeraar als zorginkoper, juist ook waar het gaat om brede, geïntegreerde zorgproducten. Ook moet bij samenwerkingsconstructies voldoende duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg, en wie daar zondig ook juridisch op aangesproken kan worden.

Hoe helderder het product omschreven is, hoe transparanter de inhoud en hoe beter de koppeling naar kwaliteit en prijs. De verzekeraar heeft als inkoper belang bij landelijk vergelijkbare prestaties. Dit in het kader van de transparantie en de benchmarking. Lokale variatie is dan ook niet direct in het belang van de verzekeraar. Wanneer er sprake is van algemene prestaties is het de vraag in hoeverre de verzekeraar heldere afspraken kan en zal maken en in hoeverre deze vervolgens inzichtelijk zijn voor de patiënten. Een eventuele transparantieverplichting voor de verzekeraars/aanbieders opgelegd door de NZa kan ook bij een meer vrij omschreven prestatie meer helderheid geven.

#### *Afbakening*

Hoe duidelijker afgebakend de prestatie, des te duidelijker de grensvlakken. Dit kan dubbele bekostiging voorkomen. Sommige prestaties zijn echter medisch inhoudelijk niet te scheiden en vertonen overlap (overlap tussen diverse ketens en tussen basiszorg en de keten). Voor deze overlap zal een andere oplossing gevonden moeten worden. Duidelijke omschrijving van de inhoud van de prestaties kan van nut zijn bij het tonen van de overlap en het afpassen van maatregelen. De inrichting van de prestaties (aandoening versus persoonsgebonden) en de bekostiging ervan (modulair versus integraal) kan een rol spelen bij voorkoming van dubbele bekostiging (zie paragraaf 7.3: inrichting van de prestatie).

Medisch-inhoudelijk is bijvoorbeeld veel overlap te verwachten in periodieke controles. Door deze in één pakket onder te brengen (als een

soort van basis controlepakket) kan overlap op dit vlak voorkomen worden. De overlap met de reguliere zorg zou te voorkomen zijn door een abonnementstarief voor de reguliere zorg in te stellen, waardoor een apart consult niet mogelijk is.

#### *Betaalbaarheid*

Het is een publiek belang dat voor de korte, maar juist ook voor de lange termijn de betaalbaarheid van de zorg wordt gewaarborgd.

De effecten van algemene of strikte prestatieomschrijving op de betaalbaarheid van zorg zijn minder eenduidig te definiëren dan bij de voorgaande punten. De wijze van prestatieomschrijving heeft niettemin invloed op de betaalbaarheid. Een strikter omschreven prestatie geeft, zoals eerder vermeld, meer kostenhomogeniteit en meer transparantie. Dit geeft (potentieel) meer inzicht in de te verwachten kosten, wat op zijn beurt handvatten kan bieden voor kostenbeheersing. Bovendien beperkt duidelijke afbakening het risico van dubbele bekostiging

#### *Kwaliteit*

Zoals in de economische analyse naar voren kwam is monitoring van kwaliteit, zeker gezien de aanwezige risico's (voortkomend uit de regierol en de functionele bekostiging).

Door ontbreken van uitkomstindicatoren in de geïntegreerde eerstelijnszorg is het belangrijk dat helder is wat de inhoud van een prestatie is, zodat vast staat dat patiënten de zorg krijgen waar zij recht op hebben. Wanneer de prestatie strikt omschreven is geeft dit veel duidelijkheid over de inhoud, maar wordt de afpassing op de individuele/lokale situatie ingeperkt. Dit heeft negatieve gevolgen voor de kwaliteit van zorg.

Wanneer de invulling van de prestatie wordt vrijgelaten, legt men de bal bij de verzekeraars. Er kan echter niet vanuit worden gegaan dat verzekeraars zorg zullen dragen voor voldoende helderheid. Wanneer zij hun taak in deze niet vervullen, geeft dat onzekerheid over de inhoud van de zorg. De focus op prijs kan prevaleren boven die op kwaliteit, en de controle op de kwaliteit en inhoud onvoldoende mogelijk blijken. Het duiden van kaders, zoals via standaarden, zou voor deze situatie een tussenoplossing kunnen vormen in ieder geval totdat de zorg met behulp van uitkomsten gemonitord kan worden.

De NZa is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Het introduceren van een volledig algemene prestatie brengt echter mogelijk wel een toename van risico's rondom zorgkwaliteit met zich mee. Het vaststellen van een zeker stelsel van kaders voor inhoud en organisatie van geïntegreerde eerstelijnszorg kan deze risico's kanaliseren en beperken.

Het beoordelen van de kwaliteit van de transparantie behoort tot het takenpakket van de NZa. Gesteld kan worden dat een effectieve beoordeling van de transparantie op dit moment nog niet mogelijk is en dat volledig algemene prestatieomschrijvingen deze situatie niet ten goede zouden komen.

#### *Praktische uitvoerbaarheid*

Het vaststellen van een strikt omschreven prestatie is een ingewikkeld en tijdsintensief proces, dat de NZa in samenwerking met marktpartijen zou moeten doorlopen. Dit wordt verder gecompliceerd doordat er in de literatuur geen duidelijkheid lijkt te zijn over wat de essentiële onderdelen zouden moeten zijn van geïntegreerde eerstelijnszorg. Wanneer gekozen wordt voor een vrij omschreven prestatie, verschuift

de taak van het vaststellen van de inhoud richting de zorgverzekeraars. Het vaststellen van een tussenvorm, waarbij bijvoorbeeld de reeds bestaande zorgstandaard uitgangspunt is, kan dit proces faciliteren en beter praktisch uitvoerbaar maken voor deze partijen.

#### *Toegankelijkheid*

De toegankelijkheid neemt binnen deze analyse een aparte plaats in. De reden is dat de invulling van de prestatie niet primair de toegankelijkheid bepaalt, maar veeleer het al dan niet bestaan van de mogelijkheid tot het declareren van losse prestaties naast de prestatie voor geïntegreerde eerstelijnszorg.

Wanneer een patiënt gebruik maakt van de geïntegreerde eerstelijnszorg moet hij (buiten de restricties van bijvoorbeeld de naturapolis waarvoor hij heeft gekozen) niet worden beperkt tot het volgen van een bepaald behandeltraject, binnen een bepaalde zorggroep, omdat zijn huisarts daar onderdeel van uitmaakt. Het moet dan ook duidelijk zijn waar een patiënt recht op heeft. Het risico dat de door de zorggroep gemaakte afspraken hoofdzakelijk financiële belangen dienen moet daarbij worden afgedekt dan wel ingeperkt.

Een afgebakende prestatie geeft in dit geval meer duidelijkheid dan een algemene prestatie. In geval van een afgebakende prestatie worden de mogelijkheden voor concurrentie echter sterk ingeperkt. De tussenvorm, waarbij men niet de volledige invulling voorschrijft maar wel de minimale, kan ook voor de toegankelijkheid een goede uitvalsbasis vormen. Deze tussenvorm zou vanwege de zekere mate van concurrentie die zij faciliteert een positief effect kunnen hebben op de praktische toegankelijkheid (in de vorm van servicegerichtheid: openingstijden, bejegening/klantvriendelijkheid, telefonische bereikbaarheid, etc.).

#### **7.2.4 Conclusie**

Bovenstaand worden een achttal aspecten van de zorgprestatie besproken waarop de wijze van prestatieomschrijving van invloed kan zijn. Bij de uiteindelijke keuze voor een omschrijvingmodus zal met deze essentiële factoren dan ook rekening moeten worden gehouden. Wanneer gekeken wordt naar de algemene prestatieomschrijving gelden de flexibiliteit en ruimte voor innovatie en maatwerkproposities als belangrijkste voordelen van de omschrijvingwijze. Daar staat tegenover dat een verantwoordelijkheid voor het vaststellen van kaders en het maken van afspraken hierover bij verzekeraars en zorgaanbieders komt te liggen, hetgeen een onzekerheid met zich meebrengt over de invulling die deze partijen aan die verantwoordelijkheid zullen geven.

Een strikt omschreven prestatie daarentegen, kenmerkt zich in positieve zin vooral door grote duidelijkheid en transparantie rondom de geleverde zorg. Het belangrijkste nadeel dat dit systeem in zich draagt is een gebrek aan flexibiliteit en een inperking van innovatie en maatwerk die logischerwijs voortvloeit uit strikte inkadering. Daarnaast vormt de praktische uitvoerbaarheid van dit systeem een aanzienlijke horde.

Om een uitweg uit deze tegenstelling te bewerkstelligen loont het de moeite te kijken naar een tussenvorm, waarbij duidelijkheid en transparantie hand in hand kunnen gaan met flexibiliteit en speelruimte voor waardevolle initiatieven. Om de benodigde duidelijkheid te verkrijgen over de inhoud, doelgroepen en afbakening van de geleverde zorg kan hiervoor gebruik worden gemaakt van de nu beschikbare consensus documenten. De zorgstandaarden zijn hiervan een voorbeeld. Waarbij aanvullend op de gestelde kaders door de zorgstandaarden een nadere transparantiereguleer de inzichtelijkheid zou kunnen completeren.

## 7.3 Inrichting van de prestatie

Afhankelijk van de keuze voor een algemene of een strikt omschreven prestatie zal de inrichting van de prestatie door de NZa (eventueel in samenwerking met andere partijen) verder vormgegeven moeten worden.

Uitgangspunt daarbij is de centrale positie die de patiënt dient in te nemen in het proces (*vraaggestuurd*) en niet de aandoening of de aanbieder (*aanbodgestuurd*). Dit vraagt echter ook een optimale stimulans tot goede samenwerking.

Teneinde de betaalbaarheid te waarborgen is het daarnaast van belang de prestaties goed af te grenzen en dubbele bekostiging te voorkomen. Hierbij signaleert de NZa de volgende aandachtspunten:

- de huidige grenzen van de aanspraak in termen van basisverzekering/aanvullende verzekering vormen een potentiële belemmering bij het opstellen van prestaties ten behoeve van de vier chronische zorgvormen. Gegeven de korte termijn dient hier pragmatisch mee om gegaan te worden.;
- de huidige grenzen van de aanspraak in termen van huidige schotten tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn vormen een potentiële belemmering bij het opstellen van prestaties ten behoeve van de vier chronische zorgvormen. Gegeven de korte termijn dient hier pragmatisch mee om gegaan te worden.
- kies voor de uitwerking van de prestatie een tussenvorm van een algemene en een strikt omschreven prestatie;
- creëer bij het opstellen van de prestaties een heldere afgrenzing richting generalistische eerstelijnszorg en veel voorkomende comorbiditeiten.

In de beschrijving van de gewenste situatie (zie hoofdstuk 3) wordt in dit kader opgemerkt dat het bekostigingssysteem zo ingericht moet zijn dat de zorgverlening plaats kan vinden vanuit de zorgvraag van de (chronische) patiënt. Bovendien zou de eerstelijnszorg een belangrijke rol moeten spelen in de coördinatie van de programmatische preventie.

Het bieden van een keten voor de aandoening diabetes en een andere voor hartfalen past niet binnen dit beeld. Idealiter is de patiënt immers het uitgangspunt. Een meer passend systeem op dit ideaalbeeld is niet een integrale samenstelling en bekostiging van een pakket op basis van een aandoening, maar juist het formuleren van aparte op elkaar aansluitende en tot op zekere hoogte samenhangende subpakketten op basis van de zorgvraag van de patiënt. Daarbij kunnen deze subpakketten uiteraard functioneel beschreven en bekostigd worden.

### 7.3.1 Afgrenzing generalistische huisartsenzorg

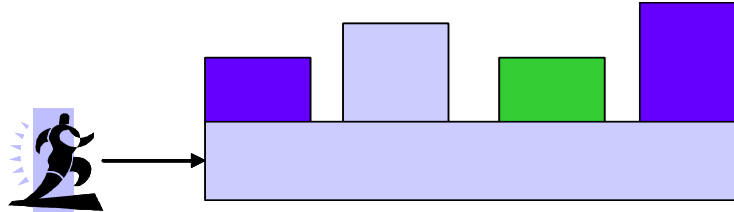
De grens tussen datgene wat onder generalistische huisartsenzorg valt en wat onder de geïntegreerde eerstelijnszorg is lastig te trekken en daarom ook moeilijk controleerbaar. Dit is wel een voorwaarde voor een goede prestatieomschrijving. Bij het vaststellen hiervan dient hiermee rekening gehouden te worden.

### 7.3.2 Afgrenzing comorbiditeit

Als mogelijke invulling van het vraagstuk rondom prestatieomschrijving en de afgrenzing van comorbiditeiten ziet de NZa een inrichting van de prestatie in een basismodule die voor alle patiënten met een chronische aandoening, of een verhoogd risico daarop, kunnen gelden (bijvoorbeeld

stoppen met roken, dieetadvisering, etc.). Bovenop deze basismodule zouden vervolgens specifieke modules vastgesteld kunnen worden voor de verschillende aandoeningen. Dit teneinde de overlap tussen de comorbiditeiten te voorkomen.

**Figuur 2. Voorbeeld modules geïntegreerde eerstelijnszorg: basismodule plus specifieke modules eerste/tweede lijn**



Bron: NZa

Een aansluiting op de activiteiten van het ZonMw coördinatieplatform zorgstandaarden is wellicht wenselijk gezien de overeenkomende doelstellingen (een generiek raamwerk voor zorgstandaarden en de bevordering van optimale onderlinge afstemming).

### 7.3.3 Complicatieregistratie

In geval patiënten langer in de eerste lijn gehouden worden en/of daardoor geen adequate (complexe) zorg krijgen bestaat het risico op kostenstijging door toename van complicaties. Om dit tegen te gaan zou een vergelijkbaar systeem ingevoerd kunnen worden als de complicatieregistratie in de tweede lijn. Bij het vaststellen van de prestaties dient hiermee rekening gehouden te worden





## 8. Functionele bekostiging voor overige vormen van ketenzorg in de eerste lijn

In deze analyse is tot dusver de nadruk gelegd op de voorwaarden voor en invulling van functionele bekostiging voor vier chronische aandoeningen: diabetes, COPD, cardiovasculaire aandoeningen en hartfalen in de eerste lijn. De lessen die hier uit getrokken kunnen worden zijn echter algemeen voor ketenzorg.

Vooralsnog constateert de NZa de volgende lessen voor toepassing van functionele bekostiging op overige vormen van ketenzorg in de eerstelijnszorg:

### Lessen economische analyse en visie

Integratie eerstelijnszorg en invoering functionele bekostiging bieden kansen en voordelen in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Bijbehorende nadelen en risico's en nadelen kunnen worden beperkt door:

- borging minimum kwaliteit door zorgstandaarden;
- vaststellen prestaties;
- verlagen toetredingsdrempels;
- verhogen transparantie;
- verbeteren positie patiënt.

Dit betekent echter niet dat functionele bekostiging klakkeloos toegepast kan worden op iedere (mogelijke) vorm van geïntegreerde zorg binnen of buiten de eerste lijn. Voor een zorgvuldige implementatie is vereist dat per keten de afweging wordt gemaakt in hoeverre de bijbehorende risico's en nadelen voldoende kunnen worden ondervangen.

Een struikelpunt zou hierbij kunnen zijn – naast de beschikbaarheid van zorgstandaarden e.d. om de minimumkwaliteit te kunnen borgen - de resultaten van samenwerking in doelmatigheidstermen. Zoals beargumenteerd in hoofdstuk 4 kan (meer) samenwerking in de eerste lijn gepaard gaan met zowel kwaliteitsverbetering als doelmatigheidswinst. Uit onderzoek van VWS blijkt deze winst positief uit te pakken voor de vier behandelde aandoeningen.

Een belangrijke factor hierbij is dat diabetes, COPD, cardiovasculaire aandoeningen en hartfalen relatief 'grote' chronische aandoeningen zijn, in termen van aantallen patiënten en bijbehorende kosten. Wanneer relatief 'kleinere' chronische aandoeningen onderzocht worden, zou goed kunnen blijken dat de kosten niet langer opwegen tegen de voordelen. Immers, veel van de kosten zijn vast (ontwikkelen zorgstandaarden, administratieve lasten), terwijl de voordelen sterker afhangen van het aantal betrokken patiënten.

Waar de grens precies ligt tussen vormen van geïntegreerde eerstelijnszorg waar wel doelmatigheidswinst te behalen is en waar niet, is vooralsnog onduidelijk. De NZa adviseert dan ook per keten/aandoening te onderzoeken in hoeverre functionele bekostiging 'rendabel' is.



## Bijlage A. Achtergrond: diabetes, COPD, cardiovasculaire risico's en hartfalen

Voor deze bijlage is gebruik gemaakt van informatie op de website van het RIVM ([www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)).

### *Chronische aandoeningen*

Ruim een kwart van de Nederlandse bevolking heeft een of meerdere chronische ziekten. In totaal telt Nederland daarmee ongeveer 4,5 miljoen chronisch zieken. Onder chronisch zieken zijn meer mannen dan vrouwen. Zoals verwacht, zijn er meer ouderen met een chronische aandoening (57% van de 75-plussers) dan jongeren (17% van de 15-24 jarigen). Deze cijfers zijn gebaseerd op een selectie van dertig chronische aandoeningen, gemeten in de huisartspraktijk. Andere selecties van ziekten en andere settings (bijvoorbeeld in de ziekenhuispopulatie) leiden tot andere resultaten.

In 2005 werd in totaal in Nederland 68,5 miljard euro aan de gezondheidszorg uitgegeven, hetgeen overeenkomt met ongeveer 13,5% van het bruto binnenlands product. Per inwoner gaat het om een bedrag van 4.200 euro. De kosten voor chronisch zieken (20% van de verzekerden) bevatten een aanzienlijk deel van het totale bedrag dat aan de gezondheidszorg wordt uitgegeven, namelijk 70% van de totale zorgkosten binnen de Zvw. Dit kwam in 2006 neer op 18,3 miljard euro. Een deel van deze kosten heeft betrekking op de eerste lijn. Daar bovenop komt nog eens 23 miljard euro vanuit de AWBZ. In totaal wordt 64% van de ziekenhuiskosten voor zorg voor chronisch zieken gemaakt. Voorspelde ontwikkelingen van de kosten van een aantal chronische aandoeningen laten zien dat er een enorme toename in kosten verwacht wordt.

Een aanzienlijk deel van de huidige uitgaven aan chronische aandoeningen betreft de uitgaven voor zorg voor diabetes, COPD, hartfalen en cardiovasculaire risico's. Juist bij deze aandoeningen wordt ook een grote toename in de uitgaven verwacht. Hierna gaan we kort in op elk van deze aandoeningen.<sup>26</sup>

### *Diabetes Mellitus*

Diabetes mellitus ofwel suikerziekte, is een chronische stofwisselingsziekte die gepaard gaat met een te hoog glucosegehalte in het bloed. Bij diabetes mellitus is het lichaam niet meer in staat om glucose goed te verwerken. Dat komt omdat er te weinig of geen insuline wordt aangemaakt of omdat het lichaam ongevoelig is geworden voor de insuline. Insuline is nodig voor het transport van glucose uit het bloed naar de lichaamssweefsels. Bij geen of onvoldoende insuline heeft het lichaam moeite om de glucose uit het bloed te krijgen en stijgen de bloedglucosewaarden. Hierdoor ontstaan allerlei klachten en complicaties. Type I diabetes mellitus ontstaat als gevolg van de afbraak van insulineproducerende cellen (beta-cellen) van de alvleesklier (pancreas), waardoor een absoluut tekort van het hormoon insuline ontstaat. Type I diabetes ontstaat in korte tijd en meestal bij mensen onder de dertig jaar. Type II diabetes mellitus ontstaat als gevolg van stoornissen in de afscheiding van insuline en/of het niet optimaal

<sup>26</sup> Met uitzondering van cardiovasculaire risico's. Cardiovasculair risicomangement is de diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor hart- en vaatziekten (HVZ), inclusief leefstijladviezen en begeleiding, bij patiënten met een verhoogd risico van eerste of nieuwe manifestaties van HVZ.

benutten van de aanwezige insuline door weefsels (insulineresistentie). Hierdoor ontstaat op den duur een te hoog glucosegehalte in het bloed. Type II diabetes ontstaat geleidelijker dan type I diabetes en de eerste klachten zijn vaak vaag.

In 2003 hadden ruim 600.000 mensen diabetes mellitus: 292.500 mannen en 316.400 vrouwen (schattingen op basis van huisartsenregistraties). In dat jaar kwamen er naar schatting 72.500 nieuwe patiënten met diabetes bij: 36.300 mannen en 36.200 vrouwen. Van alle bekende patiënten met diabetes heeft bijna 90% type II. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is de verwachting dat het absoluut aantal personen met diabetes mellitus tussen 2003 en 2025 met 33% zal stijgen. Daarnaast is het waarschijnlijk dat het aantal patiënten met diabetes nog harder zal stijgen door de toename van het aantal mensen met overgewicht.

In 2005 bedroegen de kosten van diabeteszorg 814 miljoen euro. In totaal maakten de kosten voor diabeteszorg 1,2% uit van de totale kosten voor de gezondheidszorg in Nederland. In de Kosten van Ziektenstudie zijn de kosten die voortvloeien uit de behandeling van complicaties van diabetes mellitus ten dele meegenomen. De berekende 814 miljoen euro is de ondergrens voor de kosten van diabetes mellitus. Naar schatting wordt bijna tweederde van de totale kosten aan diabetes besteed en ruim eenderde aan de complicaties van diabetes.

#### *COPD*

COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease of chronisch obstructieve longziekte) is een chronische vernauwing van de luchtwegen die de ademhaling beperkt. COPD kenmerkt zich door klachten van kortademigheid, hoesten en/of opgeven van slijm. De luchtwegvernauwing is permanent aanwezig en grotendeels onomkeerbaar. COPD omvat chronische bronchitis en emfyseem. Chronische bronchitis is een chronische ontsteking van het slijmvlies door langdurige blootstelling aan bepaalde prikkelende stoffen. Bij emfyseem is sprake van rek uit de longen en verlies van longweefsel.

In 2003 hadden 316.400 mensen COPD (chronische bronchitis en emfyseem): 176.500 mannen en 139.900 vrouwen. Het aantal mensen met COPD stijgt met de leeftijd en komt voornamelijk voor bij mensen van 55 jaar en ouder. Het aantal nieuwe patiënten met COPD wordt in 2003 geschat op 2,1 per 1.000 mannen en 2,0 per 1.000 vrouwen per jaar (absoluut: 17.200 mannen en 16.400 vrouwen). Uitgaande van alleen demografische ontwikkelingen zal het absoluut aantal personen met COPD tussen 2005 en 2025 met 38,3% stijgen. Naast demografische ontwikkelingen hebben trends in roken invloed op de prevalentie van COPD. In de jaren negentig bleef het percentage mensen dat rookte vrijwel constant. Daarna daalde bij zowel mannen als vrouwen het percentage rokers. In de toekomst zal de prevalentie van COPD zowel onder mannen als onder vrouwen hierdoor naar verwachting afnemen. Voorlopig valt echter, door eerder genoemde demografische ontwikkelingen en rookgedrag in de afgelopen decennia, eerst nog een toename van de incidentie van COPD te verwachten, met name onder de vrouwen.

Het totale zorggebruik (niet alleen COPD-gerelateerde contacten) van mensen met COPD ligt aanzienlijk hoger dan het zorggebruik van de algemene bevolking. In 2003 bezocht 95% de huisarts, kreeg 94% medicijnen voorgeschreven en bezocht 78% een medisch specialist. Mensen met COPD consulteren jaarlijks gemiddeld 12,7 keer de huisarts, waarvan 2,1 keer voor COPD. De kosten van COPD en astma samen

bedroegen in 2005 in totaal 799 miljoen euro. Hiermee staan ze nog net in de top tien van duurste ziekten in Nederland.

### Hartfalen

Hartfalen (decompensatio cordis) is het best te omschrijven als een klinisch syndroom dat bestaat uit een combinatie van klachten en verschijnselen die direct of indirect het gevolg zijn van een tekortschietende pompfunctie van het hart: het hart kan het bloed niet meer zodanig rondpompen dat het lichaam van voldoende bloed wordt voorzien. In feite is hartfalen geen ziekte, maar een slechte conditie van een vitaal orgaan - het hart.

In 2003 hadden 178.900 mensen hartfalen: 77.200 mannen en 101.700 vrouwen. De prevalentie neemt sterk toe met de leeftijd. Voor mannen en voor vrouwen van 75 jaar en ouder bedraagt deze respectievelijk 124,3 en 119,2 per 1.000. De leeftijdspecifieke prevalenties zijn voor mannen hoger dan voor vrouwen. Echter, omdat er veel meer oudere vrouwen zijn, waren er in 2003 meer vrouwen met hartfalen dan mannen.

Op basis van de vergrijzing van de bevolking en het sterke verband van leeftijd met het vóórkomen van hartfalen, zal naar verwachting het absoluut aantal personen met hartfalen tussen 2005 en 2025 met 46,9% stijgen. Daarnaast is de trend afhankelijk van de ontwikkelingen in risicofactoren, zoals bloeddruk, diabetes, roken en verhoogd cholesterol. Wat het netto-effect van trends in risicofactoren en behandeling zal zijn op het aantal nieuwe patiënten met hartfalen, is niet aan te geven.

De kosten van zorg voor hartfalen bedroegen 387,2 miljoen euro in 2005. In totaal maakten de kosten voor zorg voor hartfalen 7,1% van de kosten voor hart- en vaatziekten uit en 0,6% van de totale kosten voor de gezondheidszorg in Nederland. Ruim de helft van de kosten gaat naar ziekenhuiszorg.

### Comorbiditeit ten aanzien van chronische aandoeningen

Een aantal chronisch zieken heeft meer dan één chronische aandoening (comorbiditeit).<sup>27</sup> Veelvoorkomende combinaties van chronische ziekten zijn bijvoorbeeld astma en eczeem, depressie en angststoornissen, en diabetes en coronaire hartziekten. Onderstaande tabel geeft aan in hoeveel gevallen diabetes, CHZ (Coronaire hartziekten), COPD en hartfalen in combinatie voorkomen.

**Tabel 13. Cijfers comorbiditeit 2003-2007**

'Hoofdziekte'	Diabetes	CHZ	COPD	Hartfalen
Diabetes		17.8%	8.9%	8.4%
CHZ	17.8%		11.1%	12.4%
COPD	12.7%	15.7%		12.1%
Hartfalen	24.7%	37.3%	25.1%	

Bron: RIVM

Van de hele Nederlandse bevolking heeft 8% comorbiditeit, wat neerkomt op ongeveer 1,3 miljoen mensen. Er zijn meer vrouwen met

<sup>27</sup> Comorbiditeit is het optreden van twee of meer ziekten bij een patient waarbij de ene ziekte geen oorzakelijk verband met de andere heeft. In deze analyse gaan we er vanuit dat het meerdere chronische aandoeningen betreft terwijl het in werkelijkheid niet beperkt is tot chronische aandoeningen.

comorbiditeit dan mannen, zowel absoluut als relatief gezien. Tot ongeveer 55 jaar is comorbiditeit nog relatief zeldzaam, maar onder ouderen komt het veelvuldig voor. Zo heeft bijna één op de drie 75-plussers meer dan één chronische ziekte.

*Benodigde zorg*

Chronisch zieken hebben zorg nodig van aanbieders met verschillende disciplinaire achtergronden. Onderstaande tabel geeft een overzicht van betrokken zorgaanbieders voor elk van de vier chronische aandoeningen.

**Tabel 14. Functies en aanbieders geïntegreerde eerstelijnszorg voor de 4 chronische aandoeningen**

Aanbieders	Diabetes	COPD	Cardiovasculair risico-management	Hartfalen
Huisarts	✓	✓	✓	✓
Praktijkondersteuner	✓	✓	✓	✓
Praktijkverpleegkundige	✓	✓	✓	✓
Apotheker	✓	✓	✓	✓
Diëtist	✓	✓	✓	✓
Fysiotherapeut	✓	✓	✓	✓
(Medisch) psycholoog	✓	✓	✓	✓
Maatschappelijk werker	✓	✓	✓	✓
Arbo-arts	✓	✓	✓	✓
Diabetesverpleegkundige	✓			
Podotherapeut / pedicure	✓			
Optometrist	✓			
Longverpleegkundige		✓		
Longfunctielaborant		✓		
Logopedist		✓		
Verpleegkundig specialist	✓	✓	✓	✓
Ergotherapeut	✓	✓	✓	✓
Specialist	✓	✓	✓	✓

Bron: NZa

Bij de zorg voor chronisch zieken is een relatief groot aantal zorgaanbieders betrokken. Juist omdat de zorg voor chronische aandoeningen wordt geleverd door verschillende zorgaanbieders is coördinatie en afstemming tussen zorgaanbieders belangrijk om de zorg te optimaliseren. Coördinatie en afstemming is nodig om de diensten van verschillende zorgaanbieders goed op elkaar te laten aansluiten (in geval van 'complementaire' diensten) en overlap te voorkomen (in geval van 'substituten').

## Bijlage B. Kwalitatieve meerwaarde samenwerking

Onderzoek toont aan dat samenwerking kan leiden tot meerwaarde voor de patiënt zowel in kosten als kwaliteit van zorg.

Onderzoekuitkomsten zijn:<sup>28</sup>

- kostenbesparing (voorkomen van onnodige en dubbele interventies, voorkomen van verergering symptomen/ziektebeeld);
- verbetering van de klinische uitkomsten;
- verbetering van de kwaliteit van leven ervaren door patiënt, bijvoorbeeld het lichamenlijk functioneren;
- betere zorgprocessen waarvan bekend is dat deze leiden tot betere gezondheidsuitkomsten;
- verbetering van de therapietrouw;
- patiëntsatisfactie waaronder de wijze van communiceren met patiënt;
- betere uitvoering van zorgproces waaronder het gebruik van behandelprotocollen/richtlijnen.

Hierbij zij opgemerkt dat in de literatuur over resultaten van samenwerking geen eenduidigheid bestaat. De onderzoeken vinden in verschillende situaties en contexten plaats, en beschikbare onderzoeken zijn moeilijk met elkaar te vergelijken vanwege verschil in opzet en interventies.

Op basis van de beschikbare literatuur zijn de volgende conclusies te trekken:

- samenwerking is onderdeel van een groter geheel;
- samenwerken is geen optelsom van vast te stellen variabelen;
- samenwerken speelt zich ook af tussen patiënt en zorgverleners.

Hieronder wordt nader ingegaan op deze elementen.

### *Samenwerking is onderdeel van een groter geheel*

Modellen voor disease management<sup>29</sup> en chronic care<sup>30</sup> zijn bekende modellen die zijn ontstaan op basis van een systematische wijze van identificeren van elementen uit de internationale, wetenschappelijke literatuur die leiden tot betere kwaliteit van zorg voor patiënten met een chronische aandoening.

Deze modellen zijn niet zozeer blauwdrukken die aangeven hoe de levering van zorg stap voor stap moet plaats vinden, maar modellen die kernelementen definiëren voor het bevorderen van de kwaliteit van zorg voor chronische zieken. Samenwerking komt daar als onderdeel van een groter geheel in voor (zie bijlage B).

<sup>28</sup> RIVM, Effectiviteit van disease management, een overzicht van de internationale literatuur, 2008; aangevuld met een literatuurscan PUBmed op basis van zoekfunctie op multidisciplinary teams, chronic care and effectiveness met nadere focus op diabetes mellitus, COPD, hartfalen en CVR en aanhangende ziektebeelden zoals depressie astma en dergelijke, algemene bevindingen voor samenwerking in het zorgverleningsproces. Binnen de tijdsperiode 2000-2008.

<sup>29</sup> Zie in: Schrijvers et al, Disease management in de Nederlandse Context, p. 16, 2005

<sup>30</sup> Zie in: RIVM, Effectiviteit van disease management, een overzicht van de (internationale) literatuur, p.14, 2008

*Samenwerking is geen optelsom van vast te stellen variabelen*

De onderzoeken naar samenwerking en het effect daarvan, laten zien dat er verschillende interventies mogelijk zijn. Samenwerken is dus op verschillende wijzen uitgewerkt. In veel onderzoeken leiden de interventies tot positieve resultaten. Er zijn echter ook onderzoeken die aangeven dat er elementen zijn die niet te relateren zijn aan betere uitkomsten<sup>31</sup>. Voorbeelden zijn dat organisatiecultuur, het ervaren teamklimaat, ondersteuning van besluitvorming en informatievoorziening an sich niet te relateren zijn aan een betere zorguitkomst.

*Samenwerken speelt zich ook af tussen patiënt en zorgverleners*

Onderzoek naar samenwerken focust zich ook op het zelfmanagement van de patiënt. Dus het samenwerken reikt verder dan de interactie tussen zorgverleners onderling. Zelfmanagement is door ZonMw omschreven als het door de patiënt adequaat inpassen van zijn ziekte in het dagelijkse leven, waarbij de patiënt weloverwogen beslissingen kan nemen op alle levensgebieden die met de ziekte samenhangen en actief kan participeren in het gehele behandelproces<sup>32</sup>.

De aandacht is hierbij voor de zorgaanbieders bijvoorbeeld gericht op de omgang met bijvoorbeeld overgewicht, roken en bewegen, maar betreft ook voorlichting en educatie. Deze onderdelen zijn belangrijk om de patiënt zelf een bijdrage te laten leveren zodat de behandeling effect heeft op ziekte-uitkomsten. Er is verschillend onderzoek dat aantoont dat zelfmanagement kan bijdragen aan de kostenbeheersing, ziektelast en therapietrouw.

*Prikkels voor samenwerking*

Samenwerking tussen multidisciplinaire zorgverleners bij de behandeling van chronische ziektes zou idealiter gebaseerd moeten zijn op de aan- en afwezigheid van bepaalde ziektekenmerken van de patiënt. De zorgvraag bepaalt dan wat er al dan niet in de zorgverlening aan bod komt en daarmee indirect de betrokkenheid van tal van zorgdisciplines. De keuze of een patiënt thuis hoort in het zorgproces is dan, soms expliciet aangegeven in een zorgstandaard, te bepalen aan de hand van in- en exclusie criteria.

Er komen weliswaar allerlei vormen van samenwerking tot stand, ook tussen zorgverleners uit de eerste en tweede lijnszorg<sup>33</sup>, maar deze samenwerking is veelal niet puur opgebouwd op basis van de zorgvraag van de patiënt. Er is een grote mate aan vrijheid af te lezen aan de variatie in samenwerkingsrelaties. Uit contractonderzoek en interviews door de NZa komt naar voren dat er factoren zijn die het multidisciplinair samenwerken tegenhoudt zoals kostenbesparingen/vergroten van het winstaandeel, vrijheid in de prestatiebeschrijving en de neiging tot domeinafbakening.

Een belangrijk issue dat in Nederland hierbij om aandacht vraagt en wat ook internationaal onderzoek aantoont, is de spanning die er tussen verschillende zorgdisciplines kan bestaan<sup>34</sup>. Deze spanning leidt ertoe dat

---

<sup>31</sup> Bosch et al, Organizational culture, team climate and diabetes care in small office-based practices, BMC Health Serv REs. 2008, 21;8: 180; Smith et al., Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management, Cochrane Database Syst Rev. 2007, 18;(3):CD004910.

<sup>32</sup> ZonMW, Disease management chronische ziekten, 2008

<sup>33</sup> Obv contracten zorggroepen en gezondheidscentra; LVG, nulmeting zorggroepen, 2008.

<sup>34</sup> Wright et al., Roles and responsibilities of family physicians on geriatric health care teams: health care teams members' perspectives, Can Fam Physician, 2007; 53(11):1954-5.



de reikwijdte van samenwerking niet zover kan reiken als voor de verbetering van zorg wenselijk zou zijn.

*Conclusie*

Samenwerking levert een meerwaarde voor de patiënt op. De samenwerking betreft vooral productieve interacties tussen zorgverleners onderling én tussen zorgverleners en patiënt. Samenwerking is een aspect dat niet te koppelen is aan een of enkele specifieke factoren.

Dientengevolge zou de bekostiging van deze zorg een prestatiebeschrijving moeten kennen die de continuering van de samenhang in de zorgverlening niet belemmerd. Mede met het oog op de verwachting dat samenwerken niet 'zomaar' ontstaat, is het wenselijk in de toekomstige bekostiging hiertoe prikkels te behouden.



## Bijlage C. Economische analyse

### C.1 Geïntegreerde eerstelijnszorg

In dit hoofdstuk worden de voor- en nadelen, en de kansen en risico's, van geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit een publiek perspectief beoordeeld.

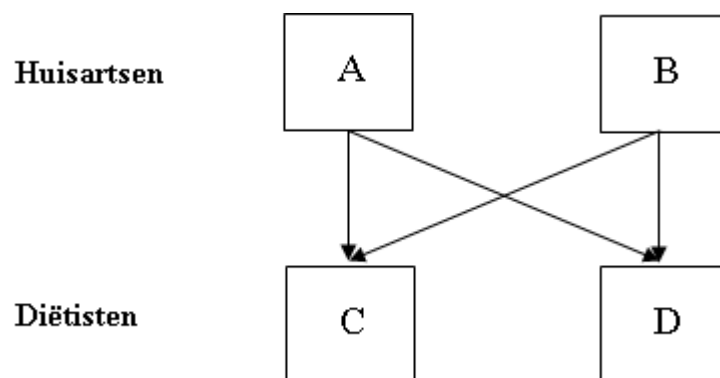
#### C.1.1 Effecten van geïntegreerde eerstelijnszorg losgekoppeld van bekostigingseffecten

Geïntegreerde eerstelijnszorg kan plaatsvinden zonder functionele bekostiging: een programma voor een chronische aandoening wordt dan opgezet in termen van zorgaanbieders (bijvoorbeeld, y maal consult bij huisarts, x maal advies door diëtist, etc.). Bij functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg worden programma's opgezet in termen van functies (bijvoorbeeld, x maal voetzorg, y maal voedingsadvies, etc.). In het volgende hoofdstuk beoordelen we voor- en nadelen van functionele bekostiging ten opzichte van de huidige bekostiging. In dit hoofdstuk concentreren we ons uitsluitend op de effecten van geïntegreerde eerstelijnszorg.

#### C.1.2 Schematisch voorbeeld

Om de gevolgen van geïntegreerde eerstelijnszorg te beoordelen beginnen we met een eenvoudig schematisch voorbeeld. Het gaat er in dit voorbeeld niet om, om de praktijk zo volledig mogelijk te beschrijven. Het doel van het voorbeeld is om een belangrijk risico te 'isoleren' en uit te leggen. Aan de hand van dit voorbeeld beschrijven we vervolgens meer algemeen de voor- en nadelen van geïntegreerde eerstelijnszorg.

**Figuur 3. Voorbeeld relatie huisartsen en diëtisten, niet-geïntegreerde eerstelijnszorg**

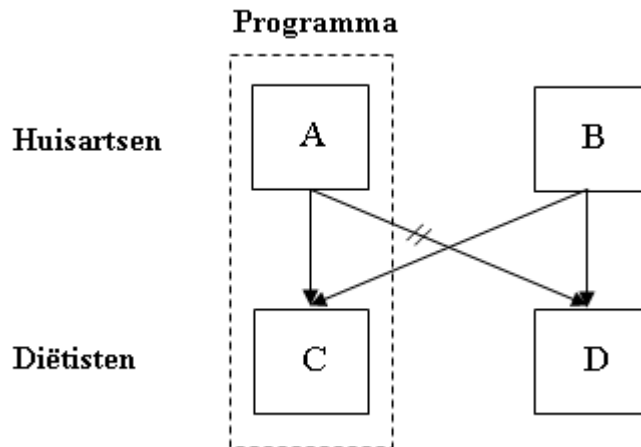


Bron: NZa

Figuur 3 geeft de relatie weer tussen huisartsen en diëtisten waar het gaat om zorg voor bijvoorbeeld diabetes patiënten. De figuur geeft de keuzemogelijkheden voor een patiënt weer zonder geïntegreerde eerstelijnszorg en zonder functionele bekostiging. Hoewel het voorbeeld een specifieke relatie betreft (huisartsen en diëtisten) is het meer algemeen illustratief voor onderlinge relaties tussen zorgaanbieders uit de eerste lijn. Een patiënt gaat naar een huisarts, waarbij hij/zij de keuze heeft tussen huisarts A en B. De huisarts verwijst de patiënt door

naar een diëtist, waarbij de keuze bestaat (door de huisarts of door de patiënt) tussen diëtist C en D. In deze situatie komen patiënten van A en B terecht bij diëtisten C en D.

**Figuur 4. Voorbeeld relatie huisartsen en diëtisten, geïntegreerde eerstelijnszorg**



Stel nu dat geïntegreerde eerstelijnszorg wordt ingevoerd, waarbij huisarts A en diëtist C investeren in de ontwikkeling en uitvoering van een diabetes programma waardoor de kwaliteit van diabeteszorg toeneemt en/of de kosten afnemen.<sup>35</sup> Huisarts B, die niet deelneemt aan het programma, kan nog steeds doorverwijzen naar diëtist C (of de patiënt kan daar zelf voor kiezen), maar dan wordt niet dezelfde hogere kwaliteit of lagere kosten bereikt als in het programma tussen A en C. Ditzelfde geldt voor het geval huisarts A doorverwijst naar diëtist D buiten het programma.

Het gevolg van de 'sturing' van huisarts A naar C zal zijn dat diëtist D minder diabetespatiënten heeft. In het extreme geval komen er in het geheel geen diabetespatiënten meer van huisarts A naar diëtist D.<sup>36</sup> Een risico dat zich dan voordoet is 'uitsluiting' van diëtist D. Met 'uitsluiting' wordt bedoeld dat diëtist D zich zonder doorverwijzingen van huisarts A niet staande kan houden en de praktijk moet sluiten.<sup>37</sup>

Het risico van 'uitsluiting' van diëtist D wordt door een aantal factoren bepaald, waaronder: (1) de hoeveelheid patiënten die van huisarts B komen; (2) de hoeveelheid niet-diabetes patiënten van huisarts A; (3) de mogelijkheid voor D om ook deel te nemen aan het programma tussen A en C; (4) de mogelijkheid voor D om een programma te ontwikkelen met B; (5) het gevaar dat ook huisarts B deelneemt aan het programma tussen A en C, waardoor er ook minder of geen patiënten van huisarts B naar diëtist D komen; en (6) het aantal chronische

<sup>35</sup> Het kan ook zijn dat de kosten toenemen maar dat de kwaliteit relatief meer toeneemt.

<sup>36</sup> Een ander mogelijk gevolg is dat er minder patiënten naar huisarts B gaan als patiënten van huisarts B moeilijker naar diëtist A kunnen gaan. Dit beschouwen we als een minder groot risico.

<sup>37</sup> Het risico van uitsluiting doet zich meer algemeen (andere sectoren) voor in gevallen waar twee ondernemingen die verticaal aan elkaar zijn gerelateerd (bijvoorbeeld in een bedrijfskolom), samengaan of een samenwerkingsverband aangaan. Dit risico wordt beschreven in de mededingingsliteratuur, zie bijvoorbeeld Rey & Tirole (2007) en de Richtsnoeren Niet-horizontale concentraties van de Europese Commissie.

aandoeningen dat bij dezelfde zorggroep wordt aangeboden (indien naast diabetes- bijvoorbeeld ook COPD-programma's bij de zorggroep worden uitgevoerd, is de kans op uitsluiting van diëtist D groter).

Hoewel dit een schematisch voorbeeld betreft illustreert het een risico van uitsluiting dat kan ontstaan als zorgaanbieders in programma's samenwerken: 'losse' zorgaanbieders kunnen buiten de boot vallen als ze geen contract afsluiten met het programma. Dit kan ook gebeuren met zorgaanbieders die kwalitatief minstens zo goede zorg aanbieden als vergelijkbare zorgaanbieders binnen het programma.

### C.1.3 Privaat perspectief

Hieronder worden eerst de voor- en nadelen van geïntegreerde eerstelijnszorg op een rij gezet vanuit het private perspectief van verschillende actoren: patiënten, verschillende zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

#### *Perspectief patiënten*

Voor patiënten zijn de voordelen van geïntegreerde eerstelijnszorg met name dat de proceskwaliteit van de zorg toeneemt. Daar staat tegenover dat patiënten minder keuzevrijheid hebben met betrekking tot individuele zorgaanbieders binnen een programma. Patiënten zullen naar verwachting meer 'gestuurd' worden naar zorgaanbieders binnen het programma, en minder naar 'losse' zorgaanbieders daarbuiten.

Voordelen:

- betere zorg door betere integratie en communicatie tussen zorgaanbieders;
- minder dubbele activiteiten door betere afstemming binnen programma;
- doorlooptijden korter;
- compleet plan van aanpak – geen 'gaten' in de zorg;
- betere informatie over plan van aanpak;
- meer gerichte focus op patiënt en aandoening.

Nadelen:

- minder keuzevrijheid voor patiënten van individuele zorgaanbieders (in verband met sturing).

#### *Perspectief verschillende zorgaanbieders*

Voor zorgaanbieders in de eerste lijn biedt geïntegreerde eerstelijnszorg kansen om betere zorg te leveren, meer inkomsten te genereren en kosten te verlagen. De nadelen bestaan met name uit een risico op uitsluiting bij niet-deelname en de kosten van het opzetten en uitvoeren van programma's.

Voordelen:

- kansen om door het ontwikkelen van programma's betere zorg te bieden en/of meer inkomsten te genereren;
- extra inkomsten voor eerstelijnszorgaanbieders door substitutie van tweede lijn naar eerste lijn;
- besparingen in kosten van onderhandelingen met zorgverzekeraar;
- kans op verbeteren van onderhandelingspositie ten opzichte van zorgverzekeraars;
- substitutie binnen eerste lijn kan tijdsbesparing opleveren.

Nadelen:

- risico van uitsluiting van de markt bij niet-deelname aan geïntegreerde eerstelijnszorg;

- verlies van autonomie bij deelname geïntegreerde eerstelijnszorg;
- kosten en investeringen (ICT) van opzetten en uitvoeren van programma's.

#### *Perspectief zorgverzekeraars*

Voor zorgverzekeraars zijn de voordelen van geïntegreerde eerstelijnszorg een beter product richting afnemers van zorgverzekeringen en kostenbesparingen. Daar staat het risico tegenover op een verslechtering van de onderhandelingspositie naar zorgaanbieders.

#### Voordelen:

- beter product richting afnemers zorgverzekeringen;
- besparingen in kosten van onderhandelingen met individuele zorgaanbieders;
- besparingen door substitutie van tweede naar eerste lijn;
- besparingen door kleinere kans op dubbele bekostiging binnen programma;
- voordelen worden per chronische aandoening onder andere bepaald door de spreiding van de kosten over patiënten, en de mogelijkheid om patiënten te sturen om op programma's over te stappen.

#### Nadelen:

- risico op verslechteren onderhandelingspositie naar zorggroepen toe indien die geconcentreerd zijn en gedomineerd worden door huisartsen;
- risico op nieuwe dubbele bekostiging bij meerdere programma's (comorbiditeit).

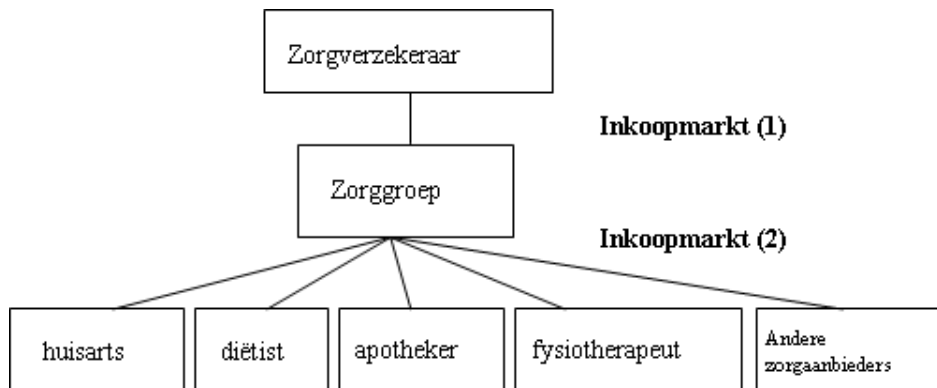
### **C.1.4 Publiek perspectief: risico's**

Voor een aantal van de private voor- en nadelen geldt dat deze ook publieke voor- en nadelen zijn. Besparingen, bijvoorbeeld, op onderhandelingskosten omdat op programma-niveau wordt onderhandeld in plaats van op het niveau van zorgaanbieders zijn ook publieke voordelen (hoewel er weer nieuwe onderhandelingskosten ontstaan binnen het programma). Ook besparingen als gevolg van substitutie van de tweede naar de eerste lijn, en substitutie binnen de eerste lijn, en als gevolg van een kleinere kans op dubbele bekostiging, zijn publieke voordelen. De voordelen die patiënten ervaren omdat de kwaliteit toeneemt, zijn ook publieke voordelen. Daar staat tegenover dat de kosten van het opzetten en uitvoeren van een programma (vergeleken met de kosten zonder programma) ook kosten zijn vanuit publiek perspectief.

Er zijn echter ook gevolgen die vanuit privaat perspectief nadelig of voordelig zijn, maar vanuit publiek perspectief niet (noodzakelijk). Het risico op uitsluiting, bijvoorbeeld, kan voor een individuele diëtist een groot nadeel zijn, maar hoeft dat niet noodzakelijk te zijn vanuit publiek perspectief. Het kan namelijk zijn dat een diëtist zich niet staande kan houden omdat hij of zij lagere kwaliteit levert dan de diëtist die bij de zorggroep is aangesloten. Verder kan het zijn dat het leveren van zorg in programma's de 'best practice' is en dat het aanbieden van 'losse' diensten een intrinsiek inefficiënte vorm van opereren is. In die gevallen is er geen publiek nadeel. Of huisartsen, bijvoorbeeld, kunnen kansen zien in het opzetten van geïntegreerde eerstelijnszorg programma's, maar dit kan ook leiden tot een te grote machtspositie richting zorgverzekeraars en/of richting andere zorgaanbieders. Deze publieke risico's zijn gerelateerd aan vormen van 'marktfalen' zoals die in de economische literatuur bekend zijn onder de noemer 'marktmacht'.

Marktmacht van een geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder kan ontstaan op twee inkoopmarkten. De eerste is de markt waar zorgverzekeraars diensten inkopen van geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders. De tweede is de markt waar geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders diensten inkopen van eerstelijnszorgaanbieders die functies in het programma uitvoeren (zie figuur 3).

**Figuur 5. Inkoopmarkten op twee niveaus**



Bron: NZa

De economische analyse van risico's van marktmacht, zoals bijvoorbeeld uitgevoerd door de Nederlandse Mededingingsautoriteit en toezichthouders als de OPTA, vindt doorgaans plaats in twee stappen:

- De eerste stap is om vast te stellen wat het risico is dat er (aanmerkelijke) marktmacht ontstaat bij aanbieders van geïntegreerde eerstelijnszorg. Hierin gaat een afbakening van de 'relevante markt' aan vooraf, om de concurrentiële krachtsverhoudingen in kaart te brengen en om na te gaan welke druk een potentieel dominante onderneming ervaart.
- De tweede stap is om in te te schatten wat het risico is dat deze marktmacht wordt 'misbruikt'.

Hierna zullen we deze twee stappen ook doorlopen om na te gaan wat de risico's zijn de van integratie van eerstelijnszorg. Daarbij maken we een onderscheid naar marktmacht op inkoopmarkt (1), tussen geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders en zorgverzekeraars; en inkoopmarkt (2), tussen een geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder en zorgaanbieders.

#### *C.1.4.1 Risico van marktmacht van geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders richting zorgverzekeraars*

Wat betreft de inkoopmarkt voor zorgverzekeraars hangt het risico van marktmacht van een geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder af van een aantal factoren. In hoofdstuk 3 hebben we gezien dat in de geïntegreerde eerstelijnszorg projecten (in zorggroepen) die tot nu toe zijn ontwikkeld huisartsen een belangrijke rol spelen. Bovendien werken over het algemeen meerdere huisartsen samen in een zorggroep. Ervan uitgaande dat samenwerkende huisartsen de belangrijkste aanbieders van geïntegreerde eerstelijnszorg zijn, hangt hun marktmacht richting zorgverzekeraars onder andere af van de volgende factoren:

- Welke alternatieven voor een bepaalde geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder heeft de zorgverzekeraar in de buurt? Zijn er bijvoorbeeld andere geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders in de buurt?

- Is niet-geïntegreerde eerstelijnszorg een alternatief voor een zorgverzekeraar? Is de oude situatie van losse aanbieders een alternatief? Zijn er voldoende losse aanbieders in de buurt?
- Kan een zorgverzekeraar zelf geïntegreerde eerstelijnszorg initiatieven ontplooiën?
- Kan een zorgverzekeraar andere aanbieders dan huisartsen stimuleren om geïntegreerde eerstelijnszorg programma's op te zetten? Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan poliklinieken van ziekenhuizen?

Hoe minder alternatieven een zorgverzekeraar heeft voor het afsluiten van een contract met een geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder in een bepaalde buurt, hoe groter de marktmacht van de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder ten opzichte van de zorgverzekeraar is. Het vereist een meer gedetailleerde analyse om in specifieke gevallen vast te stellen hoe groot de marktmacht is. Bovendien kan dit verschillen van gebied tot gebied. Het staat wel vast dat de alternatieven voor een zorgverzekeraar geografisch bepaald zijn. Met andere woorden, er is alleen sprake van een alternatief als dit zich in de buurt bevindt van de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder (met andere woorden, de 'relevante geografische markt' wordt relatief nauw afgebakend). Verzekeringnemers/patiënten hebben namelijk toegang tot zorg nodig binnen een bepaalde (redelijke) reistijd. Om die reden is een zorggroep in Groningen bijvoorbeeld geen alternatief voor een zorgverzekeraar voor een zorggroep in Maastricht die dezelfde diensten aanbiedt.

#### *Risico van 'excessief hoge' tarieven*

In het geval er sprake is van (aanzienlijke) marktmacht van een geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder, is de volgende stap om te beoordelen of en hoe deze macht kan worden misbruikt. Op de inkoopmarkt voor zorgverzekeraars bestaat het risico van te hoge tarieven, dat wil zeggen het risico van 'excessief hoge' vergoedingen voor geïntegreerde eerstelijnszorg door de zorgverzekeraar. Omdat er onvoldoende alternatieven zijn voor een zorgverzekeraar bestaat de kans dat uit onderhandelingen met een geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder een vergoeding komt die te hoog is vanuit een publiek perspectief.<sup>38</sup>

#### *C.1.4.2 Risico van marktmacht van geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder richting zorgaanbieders*

Op de andere inkoopmarkt, namelijk die waar geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders zorg inkopen bij andere zorgaanbieders, doet zich een ander risico voor. Hierbij is het niet de inkoper die mogelijk met marktmacht van een geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder wordt geconfronteerd. Hierbij doet zich eerder het risico voor dat de inkoper marktmacht heeft, ook wel 'inkoopmacht' genoemd. De mate van inkoopmacht van een geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder richting individuele zorgaanbieders hangt onder andere af van de mate waarin zorgaanbieders afhankelijk zijn van de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder:

---

<sup>38</sup> Vanuit mededingingseconomisch oogpunt is lage kwaliteit en slechte dienstverlening equivalent aan te hoge prijzen. Een uiting van een onderneming met marktmacht kan zijn dat die hogere prijzen hanteert, maar een uiting kan ook zijn dat de kwaliteit van de dienst afneemt of de klantgerichtheid afneemt. Het gaat erom dat in het geval van marktmacht, waar onvoldoende alternatieven voor de zorgverzekeraar voorhanden zijn, er een situatie ontstaat waarin een aanbieder onvoldoende rekening houdt, en hoeft te houden, met de wensen van de zorgverzekeraar (en andere afnemers).



- Welke alternatieven hebben individuele zorgaanbieders naast het afsluiten van een contract met een bepaalde geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder?
- Is het niet afsluiten van een contract een alternatief voor zorgaanbieders? Kunnen 'losse' zorgaanbieders zich staande houden zonder een contract te hebben met een bepaalde geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder?
- Welke alternatieve bronnen van inkomsten/patiënten zijn er voor 'losse' aanbieders?<sup>39</sup> Dit hangt onder meer af van de aanwezigheid van alternatieve geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders en van het aantal huisartsen buiten een geïntegreerde eerstelijnszorg programma. Hoe 'breed' is het programma dat de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder verzorgt? Omvat dit meerdere chronische aandoeningen?

Hoe minder alternatieven er zijn voor individuele zorgaanbieders naast een contract met een bepaalde geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder, hoe groter de kans is op inkoopmacht van de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder.

Het risico op marktmacht op de eerste inkoopmarkt (die tussen zorgverzekeraars en geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders) hangt samen met het risico op marktmacht/inkoopmacht op de tweede inkoopmarkt. Immers, als een zorgverzekeraar voldoende alternatieven heeft naast de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder, zullen zorgaanbieders dat ook hebben. Er kunnen echter ook verschillen zijn. Indien de zorgverzekeraar een contract afsluit met één aanbieder van geïntegreerde eerstelijnszorg, dan kan er concurrentie zijn om dat contract op de eerste inkoopmarkt. Ondanks concurrentie op de eerste inkoopmarkt, kan er vervolgens sprake zijn van inkoopmacht ten opzichte van zorgaanbieders bij de aanbieder die het contract met de zorgverzekeraar heeft gewonnen.

In het geval van (aanzienlijke) inkoopmacht van een geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder kunnen zich de volgende risico's voordoen.

#### *Risico van 'uitsluiting'*

'Uitsluiting' doet zich voor als een losse zorgaanbieder, die geen contract heeft met de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder, niet langer in staat is om zich staande te houden ondanks dat die minstens dezelfde kwaliteit levert als de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder, of tegen hoogstens dezelfde kosten diensten kan aanbieden. Van uitsluiting is ook sprake indien potentiële aanbieders die minstens dezelfde kwaliteit van zorg kunnen leveren en minstens zo kostenefficiënt zijn als de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder, niet kunnen toetreden. Voor de beoordeling van uitsluiting is dus van belang om vast te stellen of niet de 'lagere' kwaliteit van niet-geïntegreerde eerstelijnszorg de oorzaak van mogelijke uitsluiting is. Als geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders veel patiënten naar zich toe trekken omdat de geleverde 'kwaliteit' beter is, dan is er geen sprake van uitsluiting (en een publiek nadeel).

Verder is het van belang op te merken dat uitsluiting van zorgaanbieders mogelijk de toegankelijkheid tot zorg voor patiënten negatief beïnvloedt. Bij de beoordeling van het risico van uitsluiting speelt dat de

<sup>39</sup> In termen van het eerder gegeven voorbeeld zijn de volgende vragen relevant. Hoeveel patiënten die van huisarts B komen, kunnen genoeg zijn voor diëtist D om de praktijk draaiend te houden (in combinatie met niet-diabetes patiënten van huisarts A)? Is het mogelijk voor D om ook deel te nemen aan het programma tussen A en C? Is het mogelijk voor D om een programma te ontwikkelen met B? Is het mogelijk dat ook huisarts B ook deelneemt aan het programma tussen A en C, waardoor er ook minder/geen patiënten van huisarts B naar diëtist D komen?

NZa meer publieke belangen dient dan de NMa. Een probleem van uitsluiting van zorgaanbieders kan zijn dat het de toegankelijkheid verlaagt zonder dat het de mededinging beperkt. We gaan verder in op de gevolgen voor de publieke belangen in de conclusie in hoofdstuk 6.

#### *Risico van 'excessief lage' vergoedingen*

Een ander risico dat zich typisch voordoet bij aanzienlijke inkoopmacht is dat vergoedingen 'te laag' zijn. In dit geval gaat het om de vergoedingen die de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder geeft aan eerstelijnszorgaanbieders die contracten afsluiten om deel te nemen aan geïntegreerde eerstelijnszorg. Als zorgaanbieders zich alleen staande kunnen houden als ze zijn aangesloten bij een geïntegreerde eerstelijnszorg programma, dan zal er naar verwachting concurrentie plaatsvinden 'om' deelname aan het geïntegreerde eerstelijnszorg programma. Dit wordt nog versterkt als het niet alleen om patiënten gaat met de chronische aandoening waarvoor het programma is opgezet, maar ook om andere patiënten die bij niet-deelname waarschijnlijk ook zouden wegvallen voor een zorgaanbieder. Dit kan leiden tot zodanig lage vergoedingen van de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder aan zorgaanbieders, dat deze weliswaar op de korte termijn kunnen overleven maar niet op de langere termijn.

#### **C.1.5 Mogelijke maatregelen om risico's te beperken**

De eerste categorie maatregelen om risico's van geïntegreerde eerstelijnszorg te beperken zijn maatregelen die voorkomen dat er (aanzienlijke) marktmacht bij geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders kan ontstaan. Een voorbeeld hiervan is om kritisch te toetsen of samenwerking tussen verschillende huisartsen (of andere samenwerkende zorgaanbieders die elkaars concurrenten zijn) die gezamenlijk geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieden de mededinging niet te zeer beperkt. Een ander voorbeeld is om voor zorgverzekeraars de optie open te houden om te contracteren met 'losse' aanbieders (niet-geïntegreerde eerstelijnszorg) in plaats van (of in combinatie met) geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders. Deze optie helpt zorgverzekeraars in onderhandelingen met een geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder. Er kunnen wel kosten verbonden zijn aan het openhouden van deze optie, zoals het risico van dubbele bekostiging dat niet afneemt.

De tweede categorie maatregelen heeft betrekking op het beperken of wegnemen van risico's in het geval er sprake is van (aanzienlijke) marktmacht. Indien het risico van excessief hoge tarieven van geïntegreerde eerstelijnszorg aan zorgverzekeraars, bijvoorbeeld, tevoren als reëel wordt ingeschat, dan kan tariefregulering (tariefplafonds) worden overwogen om dit risico weg te nemen. Of indien het risico van uitsluiting van losse zorgaanbieders door geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders tevoren als reëel wordt ingeschat, dan kan worden overwogen om een 'contracteerverplichting' op te leggen (ieder zorgaanbieder moet met de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder kunnen contracteren). In de praktijk zal dit gepaard moeten gaan met regulering van de voorwaarden in dergelijke verplichte contracten. Een lichtere variant is om exclusieve contracten tussen geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders en zorgaanbieders te verbieden. Tenslotte, indien het risico van excessief lage vergoedingen van geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders aan zorgaanbieders als reëel wordt ingeschat, dan kan tariefregulering in de vorm van minimumprijzen (tariefbodems) worden opgelegd.

## C.2 Functionele bekostiging

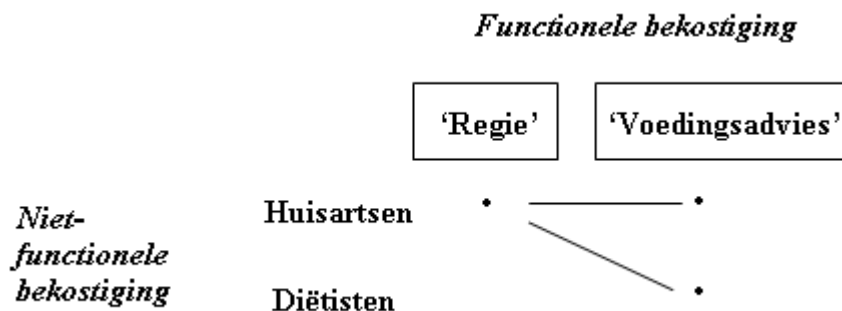
In dit hoofdstuk worden de voor- en nadelen van functionele bekostiging vanuit een publiek perspectief beoordeeld. We beginnen met een eenvoudig schematisch voorbeeld. Aan de hand van dit voorbeeld beschrijven we vervolgens de voor- en nadelen van functionele bekostiging. We gaan hierbij uit van programma's van geïntegreerde eerstelijnszorg.<sup>40</sup>

### C.2.1 Schematisch voorbeeld

Eén van de risico's van functionele bekostiging, te weten uitsluiting, wordt hierna geïllustreerd aan de hand van een schematisch voorbeeld. Het gaat er in dit voorbeeld niet om om de praktijk zo volledig mogelijk te beschrijven. Het doel van het voorbeeld is om een belangrijk risico te 'isoleren' en uit te leggen.

Figuur 6 geeft twee eerstelijnszorgaanbieders weer, te weten huisartsen en diëtisten (maar het kan ook een andere groep zorgaanbieders zijn), en twee functies die relevant zijn voor bijvoorbeeld diabeteszorg, te weten 'regie' en 'voedingsadvies'. In de figuur wordt aangegeven welke aanbieder welke functie kan uitvoeren. In dit voorbeeld kan alleen een huisarts (of de onder zijn/haar verantwoordelijkheid werkende POH) de functie regie uitvoeren, terwijl zowel de huisarts als de diëtist de functie voedingsadvies kunnen uitvoeren. Bij niet-functionele bekostiging worden de verrichtingen door de huisarts en de diëtist door de zorgverzekeraar vergoed. Er bestaat dan het risico van dubbele bekostiging, namelijk indien zowel de huisarts als de diëtist voedingsadvies geven en hiervoor declareren, terwijl eenmaal voedingsadvies voldoende zou zijn geweest.

**Figuur 6. Verschil tussen functionele bekostiging en niet-functionele bekostiging**



Bron: NZa

Stel nu dat functionele bekostiging wordt ingevoerd. Bij functionele bekostiging worden de functies 'regie' en 'voedingsadvies' door de zorgverzekeraar bekostigd. Stel verder dat de zorgverzekeraar de functies 'regie' en 'voedingsadvies' *gezamenlijk* contracteert, op

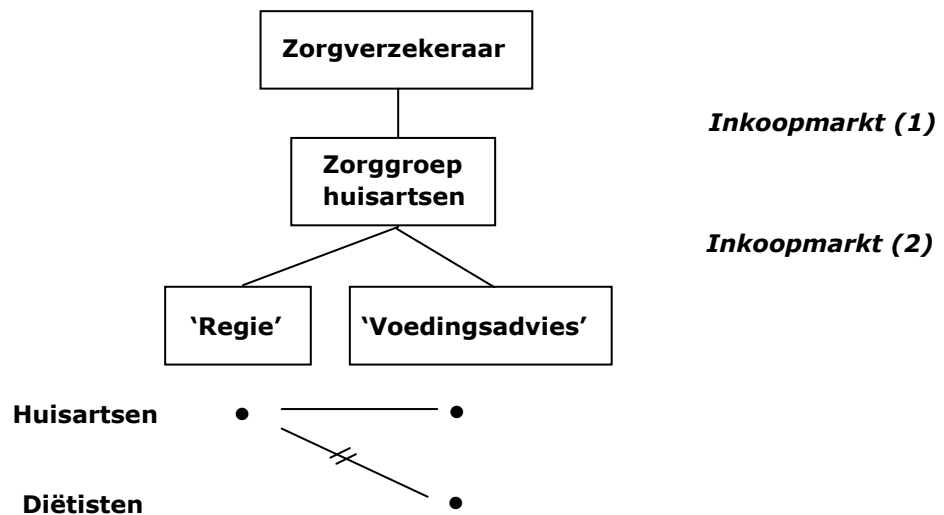
<sup>40</sup> Als reeds aangegeven gaat de analyse niet apart in op de risico's van functionele bekostiging van niet-geïntegreerde eerstelijnszorg. De voordelen/kansen en nadelen/risico's van functionele bekostiging komen voldoende aan bod als wordt uitgegaan van geïntegreerde eerstelijnszorg. We merken hierbij wel op dat een deel van de knelpunten zoals beschreven in paragraaf 3.3 kunnen worden opgelost met functionele bekostiging, zonder geïntegreerde eerstelijnszorg.

programma-niveau. De zorgverzekeraar onderhandelt dan met een programma-aanbieder, bijvoorbeeld een zorggroep die door huisartsen wordt bestuurd. Deze zorggroep/programma-aanbieder onderhandelt op zijn beurt met individuele eerstelijnszorgaanbieders.

Figuur 7 geeft deze variant weer. Er zijn als voorheen twee inkoopmarkten, afhankelijk van het niveau waarop inkoop wordt bekeken: (1) tussen zorgverzekeraars en programma-aanbieders; en (2) tussen programma-aanbieders en eerstelijnszorgaanbieders die de functies in het programma uitvoeren.

Eén van de risico's die zich hier voordoet is dat de zorggroep, die in het voorbeeld wordt bestuurd door huisartsen, bij het sub-contracteren bepaalde functies toeschuift naar huisartsen, ten koste van andere zorgaanbieders (op inkoopmarkt (2)). Dit risico van 'uitsluiting' wordt in de figuur aangeduid met de doorgehaalde lijn tussen huisartsen en diëtisten. Dit en andere risico's worden hierna verder toegelicht.

**Figuur 7. Voorbeeld relatie huisartsen en diëtisten met functies 'regie' en 'voedingsadvies'**



Bron: NZa

### C.2.2 Privaat perspectief

Hieronder worden eerst de voor- en nadelen van functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg op een rij gezet vanuit het private perspectief van verschillende actoren: patiënten, verschillende zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

#### *Perspectief patiënten*

Voor patiënten is het voordeel van functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg dat er minder dubbele activiteiten plaatsvinden (waardoor er voorheen dubbele bekostiging optrad). Daar staat tegenover dat er voor patiënten minder keuzevrijheid is met betrekking tot individuele zorgaanbieders binnen een programma. Indien in een programma 'voedingsadvies' wordt uitgevoerd door een huisarts, is het in de praktijk lastig dat een patiënt hiervoor naar een diëtist zou kunnen gaan.

*Perspectief verschillende zorgaanbieders*

Voor zorgaanbieders in de eerste lijn biedt functionele bekostiging kansen en risico's. De diensten van bepaalde zorgaanbieders zullen als gevolg van functionele bekostiging in beeld komen terwijl die van andere dienstverleners mogelijk uit beeld verdwijnen. De concurrentie tussen zorgaanbieders die dezelfde 'functies' aanbieden zal toenemen door functionele bekostiging, omdat de tarieven voor functies transparanter worden (beter te vergelijken). Daarnaast kan het zo zijn dat bepaalde zorgaanbieders inkomsten derven omdat het risico op dubbele bekostiging afneemt onder functionele bekostiging.

*Perspectief zorgverzekeraars*

Voor zorgverzekeraars zijn de voordelen van functionele bekostiging dat het risico op dubbele bekostiging afneemt. Omdat programma's in termen van functies zijn omschreven, en niet in termen van inputs van verschillende zorgaanbieders, neemt het risico op dubbele bekostiging af. Als gevolg van functionele bekostiging kan er voor bepaalde functies weliswaar met meer zorgaanbieders worden onderhandeld, maar bij onderhandelingen op pakketniveau staat daar op langere termijn het risico tegenover van een verslechtering van de onderhandelingspositie naar zorgaanbieders.

### **C.2.3 Voordelen en risico's van functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit publiek perspectief**

*Voordelen*

Een publiek voordeel van functionele bekostiging is dat de kwaliteit van zorg omhoog zal gaan doordat marktpartijen meer ruimte krijgen om de zorg samenhangend te organiseren rondom de zorgvraag van de patiënt.

Een ander voordeel is dat functionele bekostiging voor de verzekeraar de relatie tussen de zorgvraag en de bekostiging zichtbaar maakt. Dit vermindert het risico op dubbele bekostiging. Het is nu namelijk voor de zorgverzekeraar zichtbaar voor welke prestatie reeds betaald is. Zodoende betaalt een zorgverzekeraar niet dezelfde prestatie in de eerstelijnszorg als waar reeds voor de tweedelijnszorg middels een DBC ook al voor betaald is.

Het risico op dubbele bekostiging neemt ook af doordat er betere afstemming tussen de verschillende zorgaanbieders zal plaatsvinden. Indien er een budget komt voor een bepaalde zorgvraag zal de hoofdaannemer de zorg zo efficiënt, en dus betaalbaar, mogelijk willen inrichten. Eenzelfde verrichting meerdere malen uitvoeren is niet efficiënt. Ook *substitutie van duurdere naar goedkopere diensten* wordt door functionele bekostiging mogelijk gemaakt. Hierbij valt te denken aan substitutie van diensten in de tweede lijn naar dezelfde diensten in de eerste lijn, of substitutie van diensten binnen de eerste lijn. Maar substitutie kan ook indirect zijn en de vorm aannemen van betere zorg in de eerste lijn die het aantal patiënten vermindert die de tweede lijn ingaan.

Echter dient de betaalbaarheid wel in de gaten gehouden te worden in het geval van comorbiditeit. Als de zorg op programmaniveau wordt ingekocht is er de mogelijkheid dat een patiënt die meerdere programma's volgt niet volledig alle onderdelen hoeft te volgen in verband met overlap. Deze zorg is dan wel bekostigd maar wordt niet verleend.

Tegenover de genoemde voordelen staat een aantal risico's die zich voor kunnen doen op het gebied van marktmacht, indien er onvoldoende

alternatieven voorhanden zijn en keuzes beperkt zijn. Deze risico's kunnen zich voordoen op beide inkoopmarkten.

#### *C.2.3.1 Risico's op de inkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en programma-aanbieders*

Op de inkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en programma-aanbieders doen zich twee risico's voor als gevolg van functionele bekostiging. Het eerste risico, *excessief hoge vergoedingen*, is hetzelfde als eerder vastgesteld onder geïntegreerde eerstelijnszorg. Het tweede risico is risico-selectie dat ontstaat omdat als gevolg van functionele bekostiging niet langer een onderscheid kan worden gemaakt tussen patiënten die lichtere en zwaardere zorg behoeven.

##### *Risico van excessief hoge vergoedingen*

Een eerste risico dat zich hier voordoet is dat programma-aanbieders (aanzienlijke) marktmacht hebben en '*excessief hoge vergoedingen*' kunnen onderhandelen met zorgverzekeraars. Als aangegeven is dit risico hetzelfde als aangegeven onder geïntegreerde eerstelijnszorg. Hoewel het in principe iedereen vrijstaat om programma's aan te bieden, zijn het in de praktijk tot nu toe vooral huisartsen geweest die dit gedaan hebben (wellicht omdat zij van nature als poortwachters de 'regie' hebben).

Daarbij komt nog dat in de meeste gevallen huisartsen dit gezamenlijk hebben gedaan. In sommige gevallen zijn er meer dan 200 huisartsen uit de regio aangesloten bij zorggroepen die programma's aanbieden. Op deze manier wordt concurrentie tussen huisartsen die elk programma's aanbieden uitgeschakeld en kan er marktmacht ontstaan. Toetredingsdrempels die andere potentiële aanbieders van programma's ervaren dragen ook bij aan marktmacht.

Hoe meer marktmacht er bij programma-aanbieders is, hoe zwakker een zorgverzekeraar staat in de onderhandeling over programma's.

##### *Risico van 'risicoselectie'*

Een ander risico dat zich hier voordoet is '*risicoselectie*'. Indien een programma-aanbieder een uniforme en vaste vergoeding overeenkomt met een zorgverzekeraar voor elke diabetespatiënt, dan bestaat het risico dat de programma-aanbieder juist de weinig zorg behoevende diabetespatiënten met de laagste kosten toelaat tot het programma. Let wel: in dit geval heeft de zorgverzekeraar (in theorie) zijn zorgplicht vervuld, maar vindt selectie plaats op het niveau van programma-aanbieders.

De prikkel voor risicoselectie kan ontstaan als gevolg van functionele bekostiging omdat per patiënt de binnen het programma uit te voeren functies worden omschreven en voor een meer zorg behoevende patiënt geen hogere vergoeding wordt voorzien. Bij functionele bekostiging zijn de vergoedingen gelijk ongeacht de kosten van de zorg voor specifieke patiënten.

Het gevolg van risicoselectie door de programma-aanbieder kan zijn dat 'losse' zorgaanbieders juist de hoge kosten patiënten behandelen. En omdat de kosten van 'losse' aanbieders zo kunnen oplopen, kunnen ook de vergoedingen van zorgverzekeraars aan deze aanbieders op langere termijn hoger worden (terwijl de vergoedingen aan programma-aanbieders door hun marktmacht niet lager worden). Risicoselectie kan zich ook uiten in het doorverwijzen van patiënten naar de tweede lijn. Om kosten te voorkomen kunnen zorggroepen juist duurdere patiënten

doorverwijzen naar de tweede lijn, terwijl dit medisch-inhoudelijk niet nodig is.

Het probleem van risicoselectie, en de gevolgen ervan, zijn groter hoe meer heterogeen in termen van kosten de groep patiënten is. Het probleem is beperkter naarmate mag worden uitgegaan van de intrinsieke motivatie van zorgaanbieders om elke patiënt toe te laten, ongeacht de verwachte kosten van zorg.

### *C.2.3.2 Risico's op de inkoopmarkt tussen programma-aanbieders en zorgaanbieders*

#### *Risico van uitsluiting*

Op de inkoopmarkt tussen programma-aanbieders en zorgaanbieders kan zich een risico van 'uitsluiting' voordoen, namelijk indien de programma-aanbieder zelf ook zorgaanbieder is die de functies die andere zorgaanbieders in het programma uitvoeren, ook zelf kan uitvoeren (binnen de grenzen van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)). Dit risico doet zich voor als de zorggroep bestaat uit zorgaanbieders die diensten aanbieden die *substituten* zijn voor diensten die andere zorgaanbieders ook aanbieden. In het voorbeeld in figuur 4 is dit 'voedingsadvies'. Deze functie kan zowel door een huisarts als door een diëtist worden uitgevoerd. Indien huisartsen vooral degenen zijn die programma's aanbieden (hetgeen in de praktijk momenteel het geval is), dan ontstaat er een risico van uitsluiting van diëtisten.

Het mechanisme achter het risico van uitsluiting hier is anders dan in het eerder in hoofdstuk 4 beschreven geval van geïntegreerde eerstelijnszorg. Hier gaat het erom dat zorgaanbieders die een beslissende rol in zorggroepen hebben door functionele bekostiging diensten (substituten) naar zich toe kunnen trekken. Bij geïntegreerde eerstelijnszorg neemt het risico van uitsluiting de vorm aan van het van de markt drukken van 'losse' aanbieders.

#### *Risico van excessief lage vergoedingen*

Er kan zich ook een probleem voordoen van 'inkoopmacht' en daarmee samenhangend, 'excessief lage' tarieven. Hierbij gaat het niet om diensten die huisartsen aanbieden die substituten zijn voor diensten van andere zorgaanbieders maar om complementen, dat wil zeggen aanvullende diensten. Het kan zijn dat apothekers bijvoorbeeld zouden toegang moeten hebben tot de programma-aanbieder om voldoende geneesmiddelen te verkopen om zich in de markt staande te houden. Er ontstaat dan intensieve concurrentie tussen apothekers om contracten met de programma-aanbieder. Deze concurrentie kan leiden tot te lage prijzen, die op langere termijn niet houdbaar zijn omdat niet alle kosten kunnen worden terugverdiend.

We merken op dat het risico van excessief lage vergoedingen hier vergelijkbaar is met hetzelfde risico dat werd geconstateerd als gevolg van geïntegreerde eerstelijnszorg.

#### *Risico op te sterke prikkel voor kostenreductie*

Verder is er een risico dat de programma-aanbieder een *te sterke prikkel heeft om kosten te besparen*. De programma-aanbieder ontvangt een vergoeding van de zorgverzekeraar en het verschil tussen wat hij ontvangt en aan kosten uitgeeft aan subcontracterende zorgaanbieders behoudt hij zelf. De programma-aanbieder is wat ook wel wordt genoemd de '*residual claimant*'. Door scherper te onderhandelen, maar mogelijk ook door kwaliteitseisen te verlagen (met inachtneming van

minimum kwaliteitsstandaard en de intrinsieke motivatie bij zorgaanbieders om kwaliteit te leveren), genereert de programma-aanbieder door het verlagen van de kosten meer inkomsten voor zichzelf.<sup>41</sup>

## C.2.4 Beperken van de risico's

### C.2.4.1 Risico's op de inkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en programma-aanbieders

#### *Beperken risico op marktmacht programma-aanbieders*

Om het risico op excessief hoge vergoedingen voor programma-aanbieders te beperken kan een zorgverzekeraar er in de eerste plaats voor trachten te zorgen dat hij een betere onderhandelingspositie verkrijgt, door het aanboren van alternatieven. Dit voorkomt, of beperkt in elk geval, marktmacht van de programma-aanbieder. Een zorgverzekeraar kan op verschillende manieren zorgen voor alternatieven.

In de eerste plaats kan een zorgverzekeraar zelf een programma maken en onderdelen hiervan zelf contracteren met zorgaanbieders ('voorwaartse integratie'). Dit is in feite functionele bekostiging op laag aggregatieniveau. De zorgverzekeraar kan de individuele functies 'regie' en 'voedingsadvies' in figuur 4 apart contracteren en vergoeden. Voor 'regie' kan hij in dit voorbeeld een contract afsluiten met een huisarts, en voor 'voedingsadvies' met ofwel de huisarts ofwel de diëtist. De zorgverzekeraar onderhandelt dan zelf met de individuele zorgaanbieders in de eerste lijn. Het programma wordt in dit geval door de zorgverzekeraar zelf ontwikkeld, of is onderdeel van de functie 'regie'. Indien de dreiging van een zorgverzekeraar om zelf programma's te ontwikkelen realistisch en geloofwaardig is, dan versterkt dit zijn onderhandelingspositie ten opzichte van programma-aanbieders.

Een tweede mogelijkheid is dat een zorgverzekeraar stimuleert dat andere programma-aanbieders ontstaan, bijvoorbeeld door bewust voor alternatieven voor huisartsen te kiezen. Alternatieve programma-aanbieders zijn met name ziekenhuizen (poliklinieken), maar kunnen in theorie ook management bureaus zijn die huisartsen inhuren, of bedrijfsartsen. De vraag is in hoeverre medewerking van huisartsen is vereist bij deze alternatieven. Als de haalbaarheid van deze alternatieven kritisch afhangt van de medewerking van huisartsen, dan lijken ze niet echt alternatieven die de marktmacht van zorggroepen/huisartsen kunnen beperken. Daarnaast is ook de vraag of de huisarts als poortwachter niet intrinsiek de meest geschikte aanbieder van programma's is - alternatieve aanbieders kunnen wellicht moeilijk dezelfde kwaliteit leveren.

Ervan uitgaande dat de huidige situatie van niet-geïntegreerde eerstelijnszorg blijft bestaan kan een zorgverzekeraar tenslotte ook terugvallen op niet-geïntegreerde eerstelijnszorg. Zonder een programma contracteert hij dan 'losse' zorgaanbieders. Door dit op basis van functionele bekostiging te doen zou het risico op dubbele bekostiging afnemen. Of dit een realistisch alternatief is hangt ervan af of deze optie blijft bestaan als een systeem van geïntegreerde eerstelijnszorg wordt ingevoerd. Een deel van de knelpunten in de bestaande situatie wordt

---

<sup>41</sup> In de economische reguleringsliteratuur (Laffont en Tirole, 1994) wordt een dergelijk contract ook wel een 'high-powered' contract genoemd, dat (te) sterke prikkels geeft tot kostenreductie. In Van Dijk (2008) wordt beschreven hoe 'high-powered' contracten in gereguleerde sectoren kunnen leiden tot te sterke prikkels voor kostenreductie en te zwakke prikkels voor investeringen.



weggenomen door het gebruik van functionele bekostiging. Maar de voordelen van geïntegreerde eerstelijnszorg worden niet behaald. Het is de vraag of die gemiste voordelen ertoe leiden dat niet-geïntegreerde eerstelijnszorg voor een zorgverzekeraar geen alternatief is.

#### *Beperken risico van excessief hoge tarieven*

Ondanks pogingen door zorgverzekeraars om in een bepaald gebied alternatieven te creëren voor programma-aanbieders die bestaan uit samenwerkende huisartsen, kan er toch sprake zijn van sterke marktmacht. In dat geval is een mogelijkheid om via regulering van tarieven, door het vaststellen van *maximumtarieven*, het risico op excessief hoge tarieven voor programma's weg te nemen.

#### *Beperken risico van risico-selectie*

Om het risico van risico-selectie te beperken zouden patiëntengroepen 'homogener' kunnen worden gemaakt, door verschillende categorieën patiënten te onderscheiden, bijvoorbeeld door naar 'zwaarte' van aandoening te differentiëren. Een andere mogelijkheid is om de onderdelen in een programma zo 'vast' mogelijk te maken in de zin dat elke patiënt deze onderdelen moet doorlopen en er per onderdeel een vaste kost is. Risico-selectie is dan minder een probleem omdat de kosten per patiënt dan gelijk zijn. Echter, als de zorgbehoefte per patiënt verschilt binnen een programma, dan leidt deze standaardisering in specifieke gevallen mogelijk wel tot 'te veel' zorg (minder dan de standaard is feitelijk nodig) of 'te weinig' zorg (meer dan de standaard is nodig).

### *C.2.4.2 Risico's op de inkoopmarkt tussen programma-aanbieders en zorgaanbieders*

#### *Beperken risico op marktmacht programma-aanbieders*

Het risico op inkoopmacht van programma-aanbieders richting zorgaanbieders hangt samen met het risico van marktmacht van programma-aanbieders richting zorgverzekeraars. Als een zorgverzekeraar over voldoende alternatieven beschikt, dan is het over het algemeen zo dat ook individuele zorgaanbieders over voldoende alternatieven beschikken. De mogelijkheden om marktmacht te beperken, zoals hiervoor beschreven, zijn ook van toepassing op het beperken van inkoopmacht.

#### *Beperken risico van uitsluiting*

Indien het risico van uitsluiting van losse zorgaanbieders door geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders tevoren als reëel wordt ingeschat, dan kan worden overwogen om een 'contracteerverplichting' op te leggen (ieder zorgaanbieder moet met de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder kunnen contracteren). In de praktijk zal dit gepaard moeten gaan met regulering van de voorwaarden in dergelijke verplichte contracten.<sup>42</sup>

Een lichtere variant is om exclusieve contracten tussen geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieders en individuele zorgaanbieders te verbieden; een geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder moet dan met meerdere zorgaanbieders contracten afsluiten. Exclusieve contracten leiden over het algemeen tot hardere concurrentie om deelname aan het hoofdcontract, maar leiden ook eerder tot uitsluiting. De concurrentie om

<sup>42</sup> Een contracteerverplichting is vergelijkbaar met een toegangsverplichting zoals die in netwerksectoren aan dominante netwerkeigenaren wordt opgelegd. In vaste telefonie, bijvoorbeeld, heeft KPN als dominante eigenaar van het vaste telefonienetwerk de verplichting om andere partijen toe te laten op het netwerk. Naast tarieven zijn ook andere voorwaarden voor toegang door toezichthouder OPTA opgelegd.

niet-exclusieve contracten is minder hard (kostenreductie beperkter), maar leiden ook minder snel tot uitsluiting.

Een andere mogelijkheid is om via functieomschrijvingen in een programma de kans op uitsluiting van een bepaalde groep zorgaanbieders te verkleinen. Bijvoorbeeld, indien er door een zorgstandaard voor diabeteszorg in sommige gevallen 'specialistisch voedingsadvies' wordt opgenomen in plaats van 'voedingsadvies', dan wordt de kans op uitsluiting van diëtisten kleiner.

#### *Beperken risico van excessief lage vergoedingen*

Indien het risico van excessief lage vergoedingen van programma-aanbieders aan zorgaanbieders als reëel wordt ingeschat, dan kan tariefregulering in de vorm van *minimumprijzen* (tariefbodems) worden opgelegd. Vergoedingen door programma-aanbieders aan zorgaanbieders die onderdelen van het programma uitvoeren krijgen dan hiervoor minimaal een bepaalde vergoeding.

#### *Beperken risico op te sterke prikkel kostenbesparingen*

Minimum kwaliteitseisen, en effectief toezicht daarop, zorgen ervoor dat kostenbesparingen er niet toe leiden dat de kwaliteit van de geleverde zorg door programma-aanbieders beneden een bepaald, wenselijk geacht niveau komen. Dit is een randvoorwaarde waarmee programma-aanbieders rekening dienen te houden bij het contracteren van zorgaanbieders.

Daarnaast kunnen ook indicatoren worden opgesteld door een zorgverzekeraar die betrekking hebben op de inputs van verschillende zorgaanbieders binnen het programma, of op prestaties (outputs) van het programma. Als vergoedingen aan programma-aanbieders afhankelijk worden gemaakt van deze indicatoren, wordt het probleem van te sterke prikkels tot kostenreductie ten dele weggenomen. De programma-aanbieder zal moeten aantonen aan de indicatoren te voldoen en kan dus niet te veel 'bezuinigen' in het subcontracteren van diensten.

## **C.3 Kwaliteit**

Alle patiënten hebben recht op zorg van voldoende kwaliteit. Dat wil zeggen: zorg die veilig, effectief en patiëntgericht is. Hiervoor zijn wettelijke waarborgen ontwikkeld (BIG, WGBO). Deze voorzien echter niet in normen voor de geleverde zorg. Zij voorzien slechts in normen voor toetreding van aanbieders en normen voor de behandelrelatie. In aanvulling op deze wettelijke bepalingen is de IGZ in het leven geroepen als bewaker van de kwaliteit van zorg. De IGZ treedt op als primaire toezichthouder op het gebied van medische kwaliteit.

De NZa op haar beurt heeft als taak de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de informatievoorziening (product, prijs, kwaliteit en toegankelijkheid) op zorgmarkten te waarborgen. In wezen kan gesteld worden dat de IGZ zich buigt over de transparantie van kwaliteit en de NZa over de kwaliteit van de transparantie.

### **C.3.1 Geïntegreerde eerstelijnszorg en kwaliteit**

#### *Voordelen/kansen*

Zowel in de praktijk als in de literatuur vallen er overwegend positieve geluiden waar te nemen over de potentiële meerwaarde van

samenwerking. Over de exacte aspecten die deze samenwerking zou moeten behelzen bestaat echter nog geen volledige duidelijkheid. Daarnaast zijn de meetbare resultaatveranderingen in bijvoorbeeld medisch-inhoudelijke uitkomsten of efficiëntiemetingen niet altijd eenduidig en zijn deze in praktijk moeilijk één-op-één te relateren aan de input.

De hoofdzakelijk positief gestemde duiding van de meerwaarde van samenwerking in de theorie en de breed gedragen positieve en veelal hooggespannen verwachtingen bij marktpartijen en beleidsorganisaties geven, ondanks de bovengenoemde reserveringen, te denken. Het lijkt dan ook waardevol dit initiatief een kans te geven. Op medisch-inhoudelijk vlak lijken er in ieder geval geen negatieve gevolgen van meer samenwerking te zijn. De voordelen in de vorm van verbeterde proceskwaliteit van de zorg voor chronische aandoeningen zijn minder onzeker. Omdat in programma's zorg volgens protocollen wordt georganiseerd is de kans dat er 'gaten' vallen in onderdelen van de zorg, of dat er juist overlap is tussen verschillende zorgaanbieders, kleiner.

#### *Nadelen/risico's*

In het geval er sprake is van inkoopmacht van de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder in een gebied kunnen zich de risico's van uitsluiting en excessief lage tarieven voordoen. De uitsluiting van 'losse' aanbieders wanneer zij niet willen of kunnen meedoen aan de keten is vanuit kwaliteitsoogpunt problematisch. Wanneer aangenomen wordt dat de geïntegreerde eerstelijnszorg als geheel beter is dan de som van de losse onderdelen, is uitsluiting van aanbieders die geen onderdeel willen uitmaken van de keten niet onwenselijk. Maar de hardheid van de toegenomen kwaliteit door geïntegreerde eerstelijnszorg is te onduidelijk om dit volledig uit te sluiten. Vanuit dat oogpunt is het daarom wenselijk dat de alternatieven van geïntegreerde eerstelijnszorg blijven bestaan.

Het risico van excessief lage vergoedingen dat kan ontstaan is vanuit kwaliteitsoogpunt zwaarwegend. In de praktijk zou dit kunnen leiden tot het op het spel zetten van kwaliteit teneinde voor deze lage prijs zorg te kunnen bieden. Theoretisch zou het zelfs zo kunnen zijn dat de aanbieders die weigeren onder een bepaald kwaliteitsniveau te zakken teneinde de prijs te drukken worden weggedrukt door aanbieders van mindere kwaliteit. Dit heeft een verschraling van de zorg tot gevolg.

### **C.3.2 Functionele bekostiging en kwaliteit**

#### *Voordelen/kansen*

Het principe van functionele bekostiging, dat zorg met een optimale prijs-kwaliteit verhouding moet opleveren, kan een positieve stimulans aan de kwaliteit geven. Immers, bij gegeven prijzen leidt een hogere kwaliteit in principe tot een grotere kans voor een zorgaanbieder om de functie uit te voeren. Teneinde dit te kunnen bereiken moeten in de praktijk wel alleen producten die werkelijk substituten zijn van elkaar door elkaar vervangen kunnen worden. Bovendien moeten de leveranciers op een eerlijke manier met elkaar kunnen concurreren.

De risico's die marktmacht met zich mee brengen kunnen dit proces verstoren (zie hierna). Wanneer waarborgen/controles voor de kwaliteit ontbreken in dergelijke gevallen kan functionele bekostiging juist tot lagere kwaliteit leiden.

#### *Nadelen/risico's: misbruik van marktmacht*

Wanneer de programma aanbieder zelf zorgaanbieder is en (bepaalde) functies van de andere zorgaanbieders ook zelf uit kan voeren, dan kan

het risico van uitsluiting zich voordoen. Risico is dat de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder bij het subcontracteren bepaalde functies toeschuift naar zichzelf, hetgeen ten koste gaat van andere aanbieders (uitsluiting). De prijs kwaliteit verhouding van de prestatie is in dit geval niet 'toewijzende factor'. De ideale situatie waarbij dus de aanbieder met de beste prijs kwaliteit verhouding uiteindelijk de zorg zal leveren kan hierdoor verstoord worden. De kwaliteit kan daaronder leiden.

Bovendien bestaat er slechts een marginale toetsing wanneer het om de vraag gaat wat substituten van elkaar zijn. Het risico dat dus minderwaardige zorg geleverd wordt enerzijds en het risico dat het nog niet eens om dezelfde zorg gaat anderzijds vraagt om aandacht. Zeker wanneer de kwaliteit niet inzichtelijk is en er dus geen controle door patiënt /zorgverzekeraar/collega's kan plaatsvinden op de kwaliteit bestaat dit risico. Kwaliteitsborging of voorkomen van oneigenlijke substitutie zou men kunnen organiseren door in de prestatiebeschrijving te spreken van specialistische dieetadvisering of verplichting tot vaststellen van triage protocollen door de zorgverleners. Waarbij dus afgeweken wordt van het principe functionele bekostiging.

Tenslotte kan een sterke prikkel tot kostenbesparing bij de programma aanbieder bestaan. Door scherper te onderhandelen, maar mogelijk ook door kwaliteitseisen te verlagen genereert de programma aanbieder door het verlagen van de kosten meer inkomsten. Dit kan leiden tot vershraling van de zorg.

#### *Nadelen/risico's: transparantie*

Een effectieve werking van de markt vereist inzicht in de kwaliteit van zorg. Deze wordt idealiter in kaart gebracht op basis van de resultaten van de geleverde zorg (output). De manier waarop deze resultaten worden bereikt kan dan aan het vakmanschap van de zorgverlener worden overgelaten. De resultaten kan men vervolgens aan de door de wetenschap en praktijk geformuleerde norm toetsen. Voor patiënten, zorgverleners onderling, verzekeraars en IGZ biedt dit mogelijkheden tot 'benchmarking', hetgeen informatief is voor, onder andere, toezicht, keuze, beloning en onderhandeling. Om 'benchmarking' mogelijk te maken moet duidelijk zijn welke prestatie (bijvoorbeeld de complete basiszorg voor de diabetes type II patiënt) voor welke patiëntengroep (zorgzwaarte) is geleverd. Op dit moment zijn er nog geen betrouwbare outputindicatoren beschikbaar die de kwaliteit van de zorg dusdanig in kaart kunnen brengen dat de controle op het proces (de werkelijk geleverde zorg en de kwaliteit van de losse elementen) 'losgelaten' kan worden.

## **C.4 Toegankelijkheid**

Zorg moet voor alle consumenten toegankelijk zijn. Dit omvat onder andere toegankelijkheid in de zin dat patiënten toegang hebben tot de juiste zorg binnen een redelijke reisafstand en binnen een redelijke tijd. Keuzevrijheid vormt ook onderdeel van toegankelijkheid. De toegankelijkheid van zorg wordt beperkt indien patiënten niet de aanbieder van hun voorkeur kunnen kiezen.

### **C.4.1 Geïntegreerde eerstelijnszorg en toegankelijkheid**

#### *Voordelen/kansen*

Een van de onderdelen van geïntegreerde eerstelijnszorg is optimalisatie van de organisatie van de zorg en communicatie tussen de

zorgverleners. Betere afstemming tussen zorgverleners kan leiden tot snellere beslissingen omtrent het te lopen pad en sneller doorverwijzen. Door een dergelijke optimalisatie kan het proces efficiënter verlopen waardoor de doorlooptijden verbeteren. Wanneer functionele bekostiging bovendien leidt tot substitutie van tweede naar eerste lijn kan dat betekenen dat de patiënt toenemend dicht bij huis zorg kan ontvangen.

*Nadelen/risico's: afname van keuzevrijheid.*

Als grootste nadeel van geïntegreerde eerstelijnszorg met betrekking tot toegankelijkheid geldt de afname van de keuzevrijheid voor patiënten (sturing) met betrekking tot de individuele zorgverleners.

Geïntegreerde eerstelijnszorg betekent dat de organisatie van de zorg voor bepaalde aandoeningen niet meer per individu uitgestippeld wordt maar er zal een zekere voorprogrammering zijn van de te leveren zorg en de betrokken professionals. Per patiënt wordt gekeken in hoeverre hij past in dit stramen en welke aanpassingen van de standaard nodig zijn. De patiënt die in een dergelijk programma valt moet dan echter wel gebruik maken van de zorgverleners waar afspraken mee gemaakt zijn. De betrokken zorgverleners zullen uit overtuiging van de meerwaarde het programma dat zij aanbieden en wellicht ook door de betaling die daaraan gekoppeld is een stimulans ervaren om de patiënt binnen een dergelijk programma te behandelen. Dit kan een beperking betekenen van de keuzemogelijkheden van de patiënt.

*Nadelen/risico's: machtspositie.*

De mogelijke machtspositie van een geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder kan zich ook uiten in een beperking van de toegankelijkheid van zorg (naast te hoge tarieven en te lage kwaliteit). Bij gebrek aan concurrentiele druk kan de bereikbaarheid van huisartsenpraktijken te wensen overlaten (telefonische bereikbaarheid, openingstijden enz) een 'onaantastbare' positie van een huisarts zal niet ten goede komen aan deze situatie.

Misbruik van de machtspositie die kan ontstaan bij de aanbieder van de geïntegreerde eerstelijnszorg kan deze sturing versterken en zelfs leiden tot uitsluiting van losse aanbieders en excessief lage vergoedingen aan zorgverleners. Uiteindelijk kan dat leiden tot afname van toegankelijkheid die verder gaat dan alleen sturing.

Wanneer individuele zorgaanbieders afhankelijk zijn van de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder, dus wanneer zij in het extreme geval alleen kunnen blijven bestaan als ze participeren in de geïntegreerde eerstelijnszorg, bestaat er een risico dat zij de markt moeten verlaten als ze geen onderdeel uitmaken van het programma.

Patiënten die geen behoefte hebben om volgens de geïntegreerde keten behandeld te worden hebben uiteindelijk geen keuze meer omdat aanbieders buiten de geïntegreerde eerstelijnszorg niet meer bestaan. Daarnaast kan de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder door zijn positie en de wil van zorgverleners om in de keten te komen de vergoedingen dusdanig laag houden dat zelfs al zijn de zorgverleners aangesloten bij geïntegreerde eerstelijnszorg er toch aanbieders zijn die (op lange termijn) niet kunnen overleven. De keuzemogelijkheden binnen de keten nemen dan ook nog eens af.

#### **C.4.2 Functionele bekostiging en toegankelijkheid**

*Voordelen/kansen*

Functionele bekostiging kan mogelijk de substitutie van tweede naar eerst lijn stimuleren. Dergelijke substitutie kan in veel gevallen leiden tot

betere toegankelijkheid voor de patiënt in de vorm van zorg dicht bij huis. In plaats van in een ziekenhuis wordt dan zorg verleend door de huisarts, zorggroep of gezondheidscentrum.

*Nadelen/risico's: risico-selectie*

Indien een programma aanbieder een uniforme vaste vergoeding overeenkomt met een zorgverzekeraar voor elke diabetes patiënt zonder onderscheid in zorgzwaarte categorieën, dan bestaat het risico dat de programma aanbieder met name weinig zorg behoevende diabetes patiënten met de laagste kosten toelaat tot het programma (risico selectie). Deze verleiding tot risico-selectie zou een verminderde toegankelijkheid kunnen betekenen voor de 'dure' patiënten die juist zo hard zorg nodig hebben. In praktijk lijkt dit risico echter beperkt, aangezien aandoeningen zich in de regel pas openbaren wanneer de patiënt al bij de aanbieder (huisarts) ingeschreven staat poortwachter en regievoerder is en zal zijn.

*Nadelen/risico's: uitsluiting van losse zorgaanbieders en excessief lage vergoedingen.*

Wanneer de geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder diensten levert die andere zorgaanbieders ook aanbieden (substituten), bestaat er de mogelijkheid dat zij zichzelf daarin voortrekken en andere aanbieders uitsluiten. Ook wanneer de belangen van de zorgaanbieders onevenwichtig vertegenwoordigd zijn bij de programma aanbieder dient dit risico zich aan. Door uitsluiting nemen de keuzemogelijkheden tussen soorten zorgaanbieders af. Bij de keuze voor de zorgverlener voor dieetadvies gaat het er niet meer om dat de patiënt niet zijn diëtist van voorkeur kan kiezen maar hij kan helemaal geen diëtist meer kan kiezen want hij moet bij zijn huisarts (POH) terecht voor dit probleem. De geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieder kan ook extra stimulans tot excessief lage vergoedingen voelen teneinde de winst te maximaliseren en of uiteindelijk concurrenten van de markt uit te sluiten.

## **C.5 Betaalbaarheid**

Bij het publiek belang van betaalbaarheid gaat het erom dat de zorg betaalbaar blijft, zowel op microniveau (een betaalbare basisverzekering) als op macroniveau (geen afkalving van koopkracht of explosief stijgende overheidsuitgaven). Daarvoor is het belangrijk dat de geleverde zorg op een doelmatige, efficiënte manier tot stand komt. Hierbij gaat het om de prijs/kwaliteit verhoudingen. Bij dit publiek belang doet zich duidelijk een 'trade-off' voor van voor- en nadelen van geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging daarvan.

### **C.5.1 Betaalbaarheid: voordelen/kansen geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging**

Aan de ene kant zijn er kostenbesparingen te verwachten, die het resultaat zijn van geïntegreerde eerstelijnszorg (minder patiënten naar de tweede lijn) en ook van functionele bekostiging (beperken dubbele bekostiging en kostenbesparende substitutie van de tweede naar de eerste lijn, en binnen de eerste lijn).

Indien deze kostenbesparingen worden doorgegeven aan consumenten/patiënten via lagere verzekeringspremies, dan is het publieke belang van betaalbaarheid hiermee gediend.

### **C.5.2 Betaalbaarheid: nadelen/risico's geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging**

Aan de andere kant doen zich risico's voor ten aanzien van marktmacht van programma-aanbieders. Indien deze marktmacht sterk is, dan kunnen geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging op korte en langere termijn ten koste gaan van de betaalbaarheid. Op de korte termijn kunnen namelijk de vergoedingen die zorgverzekeraars aan programma-aanbieder betalen te hoog zijn.

Dit kan zich op korte termijn al vertalen in hogere verzekeringspremies. Maar ook op langere termijn kan de betaalbaarheid negatief worden beïnvloed. Als er namelijk sprake is van uitsluiting en van te lage vergoedingen voor zorgaanbieders, dan kan de concurrentie tussen deze zorgaanbieders worden beperkt. Op de langere termijn ontstaat dan het risico dat de vergoedingen voor deze zorgaanbieders te hoog worden.

Een ander negatief gevolg van marktmacht is dat kostenbesparingen minder snel worden doorgegeven. Dit betekent dat de kostenbesparingen die zijn te behalen door geïntegreerde eerstelijnszorg en functionele bekostiging niet of slechts ten dele worden doorgegeven aan consumenten/patiënten. In plaats daarvan worden ze binnengehaald door de programma-aanbieder met marktmacht.





## Bijlage D. Geraadpleegde literatuur

Bruin, M. de en J. Struijs (2008). *Keten-dbc's en zorggroepen onder de loep: waar liggen verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden?* Jurisprudentie Geneesmiddelenrecht plus, 2008.

Bosch, M., R. Dijkstra, M. Wensing, T. van der Weijden en R. Grol (2008), Organizational culture, team climate and diabetes care in small office-based practices, *BMC Health Services Research.*, 21;8: 180.

Dijk, T. van (2007), *Regulering en investeringen in infrastructuur*, WRR Verkenningstudie. 2007

Donkers, E, A. Bras en E. Van Dingenen (2008), *Ketens met karakter*, Medisch Contact, 9 mei 2008.

Europese Commissie, *Richtsnoeren niet-horizontale concentraties*.

Laffont, J.J en J. Tirole (1993), *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*, MIT Press.

Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), *Nulmeting Zorggroepen*, 28 oktober 2008.

Nederlandse Mededingingsautoriteit, *Richtsnoeren voor de zorgsector*, Den Haag.

Nederlandse Zorgautoriteit (2006), *Beleidsregel CU-001*, Beleidsregel definities in het kader van de reikwijdte WMG.

Nederlandse Zorgautoriteit (2007), *An Optimal remuneration system for General Practitioners*, Research Paper. Utrecht.

Nederlandse Zorgautoriteit (2007), *Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg*, Utrecht.

Nederlandse Zorgautoriteit (2008), *Beleidsregel CV-7000-4.0.-2/CA-276*, Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties.

Nederlandse Zorgautoriteit (2008), *Monitor Huisartsenzorg 2007*, Utrecht

Nederlandse Zorgautoriteit (2009), *Beleidsregel CV-7000-3.0.-2*, Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten.

Nederlandse Zorgautoriteit (2009), *Beleidsregel CV-5000-4.1.6.-7*, Beleidsregel verrichtingenlijst module M&I.

Nederlandse Zorgautoriteit (2009), *In discours, Integrale programma's, een zorgprestatie voor de chronische zorgvraag*, Utrecht (voorlopige versie, 14 januari 2009).

Nederlandse Zorgautoriteit (2009), *Monitor Huisartsenzorg 2008*, Utrecht.

NIVEL en RIVM (2005), *Op Een Lijn - Toekomstverkenning Eerstelijnszorg 2020*.

NIVEL (2007), *Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging*, Monitor 2006.

NPCF (2004), *Langs de eerste lijn*.

NPCF (2006), *Eerstelijnszorg voorop*.

Plexus (2008), *Functie indeling eerstelijnszorg*, in opdracht van College voor zorgverzekeringen, mei 2008.

Plexus (2008), *Basisset prestatie-indicatoren geïntegreerde eerstelijnszorg en aandoeningspecifieke ketenzorg*, Ten behoeve van de zorginkoop 2009, in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland, 17 oktober 2008.

Porter en Teisberg (2006), *Redefining Health Care: creating value-based competition on results*, 2006.

Rey, P. en J. Tirole (2006), *A Primer on Foreclosure*, hoofdstuk in 'Handbook of Industrial Organization, volume III, Armstrong en Porter'.

RIVM (2003), *Afstemming in de zorg, een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening*, in opdracht van IGZ.

RIVM (2005), *Op één lijn: toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020*.

RIVM (2008), *Dare to Compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI)*.

RIVM (2008), *effectiviteit van disease management, een overzicht van de (internationale) literatuur*.

Schrijvers, G. en C. Spreeuwenberg (2005), *Disease management in de Nederlandse context*, Utrecht.

Smith, S.M., S. Allwright en T. O'Dowd (2007), Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management, *Cochrane Database Syst Rev.* 18;(3):CD004910.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde (2008), *Taakherschikking in de huisartsenpraktijk: introductie van de Physician Assistant, Gevolgen voor de kwaliteit, de capaciteit en de kosten van de zorg*

Voort, F. van der (2008), *Integrated Primary care, Performance Description and Incentives*.

VWS (2008), *Een dynamische eerstelijnszorg*, brief aan Tweede Kamer d.d. januari 2008.

VWS (2008), *De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging*, brief aan Tweede Kamer d.d. 22 december 2008.

VWS (2008), *Programmatische aanpak van chronische ziekten*, brief aan Tweede Kamer d.d. 13 juni 2008.

Wijkkel, D., J. van der Zee en D. de Bakker (1992), *Ziekenfondsverwijscijfers van samenwerkende huisartsen: een*

*replicatieonderzoek*. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, vol. 70, nr. 9, p. p. 519-525

Wright, B., J. Lockyer, H. Fidler, M. Hofmeister (2007), *Roles and responsibilities of family physicians on geriatric health care teams: health care teams members' perspectives*, Can Fam Physician; 53(11):1954-5

ZN (2008), *Financiering eerste lijn*, discussiestuk d.d. mei 2008.

ZonMW (2006), *Programma Diabetes Ketenzorg*

ZonMW (2008), *disease management chronische ziekten*