

Uitvoeringstoets

Uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg

Verruiming grenzen en soorten ketens

januari 2010

Inhoud

Vooraf	3
Managementsamenvatting	5
1. Inleiding	9
2. Bestaande ketens	11
3. Grenzen van de Ketens	13
3.1 Afwegingskader	13
3.2 Verpleging	14
3.3 Diagnostiek	17
3.4 Farmacie	19
3.5 Hulpmiddelen	22
3.6 Conclusie grenzen van de ketens	24
4. Integrale bekostiging nieuwe ketens	27
4.1 Vraagstelling en uitgangspunten	27
4.2 Het afwegingskader	28
4.3 Toepassing afwegingskader	28
4.4 Conclusie	36
Bijlage A. Definities	39
Bijlage B. Geraadpleegde literatuur	41

Vooraf

Voor u ligt de uitvoeringstoets Uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg. Dit document bevat een analyse van mogelijkheden voor de verruiming van de grenzen van en het soort ketens.

In deze uitvoeringstoets geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) antwoord op de vraag van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hem te adviseren over de mogelijkheden voor verruiming en uitbreiding van de bestaande integrale bekostiging van ketenzorg.

Deze uitvoeringstoets is een vervolg op de visie die de NZa in april 2009 heeft uitgebracht over functionele bekostiging van vier niet-complexe chronische zorgvormen: diabeteszorg, COPD-zorg, cardiovasculair risicomanagement en zorg voor hartfalen. Hierin adviseert de NZa de Minister van VWS functionele bekostiging in te voeren voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement per 1 januari 2010. Dit is inmiddels gebeurd, waardoor zorgaanbieders per 1 januari 2010 een integraal tarief kunnen declareren voor deze vormen van zorg.

In deze uitvoeringstoets worden twee onderwerpen onderzocht. In de eerste plaats wordt bekeken of de huidige vorm van integrale bekostiging van ketenzorg per 1 januari 2011 uitgebreid kan worden met de functies verpleging, diagnostiek, farmacie en hulpmiddelen. Daarnaast onderzoekt de NZa in hoeverre de ketenbekostiging uitgebreid kan worden naar nieuwe ketens per 1 januari 2011.

De uitvoeringstoets is mede op grond van discussies met betrokken veldpartijen tot stand gekomen. Uitgangspunt bij het wegen van ieders belang en de totstandkoming van de uitvoeringstoets is de meerwaarde voor de consument. Het gaat daarbij om een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor nu en in de toekomst.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen de constructieve bijdragen van betrokken partijen dan ook zeer op prijs, en willen hen hiervoor hartelijk danken.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter

Managementsamenvatting

Op 1 april 2009 heeft de NZa een visie uitgebracht over functionele bekostiging van vier niet-complexe chronische zorgvormen: diabeteszorg, COPD-zorg, cardiovasculair risicomangement en zorg voor hartfalen. Hierin adviseert de NZa de Minister van VWS functionele bekostiging in te voeren voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomangement per 1 januari 2010.

De NZa heeft vervolgens, op aanwijzing van de Minister van VWS, beleidsregels opgesteld om de bekostiging van samenhangende zorg rondom de zorgvraag van de patiënt mogelijk maken. Zorgaanbieders kunnen hierdoor per 1 januari 2010 een integraal tarief declareren voor de chronische zorgvormen diabetes mellitus type 2 en cardiovasculair risicomangement.

De Minister heeft daarnaast aangegeven dat zodra voor de aandoeningen COPD en hartfalen zorgstandaarden zijn vastgesteld, hij door middel van een vervolgaanwijzing de NZa zal vragen ook daarvoor prestatiebeschrijvingen op te stellen. De verwachting is dat voor COPD de zorgstandaard medio 2010 gereed is, die voor hartfalen spoedig daarna.

In deze uitvoeringstoets worden twee onderwerpen onderzocht. In de eerste plaats wordt bekeken of de huidige vorm van integrale bekostiging van ketenzorg per 1 januari 2011 uitgebreid kan worden met de functies verpleging, diagnostiek, farmacie en hulpmiddelen. Daarnaast onderzoekt de NZa in hoeverre de ketenbekostiging uitgebreid kan worden naar nieuwe ketens per 1 januari 2011.

Uitbreiding ketens met nieuwe functies

Ten aanzien van het toevoegen van nieuwe functies aan de huidige ketenprestaties heeft de NZa een toetsingskader gehanteerd waarlangs functies verpleging, diagnostiek, farmacie en hulpmiddelen zijn gelegd. Dit kader volgt de drie publieke belangen waar de NZa op toeziet: borging van de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid voor de consument. Daarnaast speelt ook de uitvoerbaarheid een belangrijke rol bij de afweging of toevoeging mogelijk is.

Op grond van haar analyse concludeert de NZa dat *verpleging* opgenomen kan worden in de keten per 1 januari 2011, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- opname in de zorgstandaard voor de betreffende vorm van ketenzorg;
- borging betaalbaarheid ten aanzien van de zorgzwaarte;
- oplossing voor de problematiek van de schotten AWBZ/Zvw;
- wenselijk maar geen randvoorwaarde is daarnaast de introductie van een eigen betaaltitel met bijbehorende taakomschrijving voor verpleging.

Nadrukkelijk wordt hierbij opgemerkt dat de schottenprobleem tussen de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en de Zvw (Zorgverzekeringswet) een ingewikkeld vraagstuk is, dat moet worden opgelost door VWS en het CVZ, alvorens verpleging opgenomen kan worden in de keten.

Op grond van haar analyse concludeert de NZa daarnaast dat ook *diagnostiek* per 1 januari 2011 opgenomen kan worden in de integrale bekostiging van ketenzorg, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- opname in de zorgstandaard voor de betreffende vorm van ketenzorg;
- wenselijk maar geen randvoorwaarde is daarnaast het vinden van een oplossing voor oneerlijke concurrentie door het ongelijke speelveld tussen huisartsenlaboratoria en ziekenhuislaboratoria.

Op grond van haar analyse concludeert de NZa daarnaast dat ook *farmacie* per 1 januari 2011 opgenomen kan worden in de integrale bekostiging van ketenzorg, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- opname in de zorgstandaard voor de betreffende vorm van ketenzorg;
- borging betaalbaarheid ten aanzien van de materiaalkosten (geneesmiddelen), bijvoorbeeld door een boekhoudkundige scheiding tussen materiaalkosten en farmaceutische zorg;
- aansluiting bij nieuwe prestaties farmaceutische zorg per 1 januari 2011;
- om ketenzorg ook op de lange termijn betaalbaar te houden, is het wenselijk de ketenzorg niet uit te sluiten van het eigen risico.

Op grond van haar analyse concludeert de NZa tot slot dat *hulpmiddelen* per 1 januari 2011 niet opgenomen kunnen worden in de integrale bekostiging van ketenzorg. De belangrijkste reden hiervoor is dat de NZa heeft geen aanwijzingen heeft aan de eerste voorwaarde, opname in de zorgstandaard, tijdig kan worden voldaan. De randvoorwaarden voor opname van hulpmiddelen in de integrale bekostiging van ketenzorg zijn:

- opname in de door eerste- en tweedelijns zorgaanbieders geaccepteerde en door patiëntenverenigingen gelegitimeerde zorgstandaard behorende bij de betreffende vorm van ketenzorg;
- borging betaalbaarheid ten aanzien van de materiaalkosten;
- om ketenzorg ook op de lange termijn betaalbaar te houden, is het wenselijk de ketenzorg niet uit te sluiten van het eigen risico.

Nieuwe ketens

Om het tweede onderwerp, uitbreiding ketenbekostiging met nieuwe ketens, te analyseren heeft de NZa gebruik gemaakt van een afwegingskader bestaande uit een drietal 'zeven'.

Bij toepassing van de eerste zeef is gekeken naar de ketens waarvoor invoering van integrale bekostiging meerwaarde heeft. Gebruikte criteria hierbij zijn de relatieve 'omvang' van de aandoening (in termen van ziektelast, patiëntenaantallen en kosten), aanwezigheid van multidisciplinaire zorgverlening, te behalen kwaliteits- en/of doelmatigheidswinst en meerwaarde om de mogelijkheden voor zelfmanagement te vergroten.

Na toepassing van deze zeef is de conclusie dat het voor de ketens artrose, astma, CVA, dementie, depressie en obesitas zinvol lijkt om verder te onderzoeken of integrale bekostiging daarvan wenselijk is.

De tweede zeef is een toets aan harde randvoorwaarden. De gehanteerde randvoorwaarden zijn:

- het aanwezig zijn van een zorgstandaard;
- het zwaartepunt van de zorg ligt in het basispakket Zvw en kan liggen in de eerstelijns;
- invoering per 1 januari 2011 is uitvoerbaar.

De conclusie van deze tweede zeef is dat het voor de onderzochte aandoeningen niet zinvol lijkt om verder te onderzoeken of integrale bekostiging daarvan wenselijk is. Indien wel aan alle randvoorwaarden behorend bij de tweede zeef zou zijn voldaan, dan zou de derde zeef worden toegepast. Deze zeef weegt de voor- en nadelen en de risico's tegen elkaar af om te bepalen of invoering van integrale bekostiging de

integrale zorgverlening voor de betreffende keten daadwerkelijk zal bevorderen. De focus hierbij ligt op de effecten op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

De conclusie van deze analyse is dat de NZa adviseert om per 1 januari 2011 geen nieuwe ketens in te voeren, in aanvulling op de in de visie genoemde ketens¹.

Hierbij wordt opgemerkt dat er voor nieuwe initiatieven van ketenzorg naar verwachting ook nog voldoende mogelijkheden binnen de huidige bekostiging bestaan. Dit uitstel van nieuwe ketens biedt de mogelijkheid om de voor- en nadelen van integrale bekostiging beter in te schatten op basis van opgedane ervaringen. Een goede monitoring en evaluatie van de huidige invoering is daarvoor van groot belang, net zoals de resultaten van lopende experimenten.

¹ De Minister heeft aangegeven dat zodra voor de aandoeningen COPD en hartfalen zorgstandaarden zijn vastgesteld, hij door middel van een vervolgaanwijzing de NZa zal vragen ook daarvoor prestatiebeschrijvingen op te stellen. De verwachting is dat voor COPD de zorgstandaard medio 2010 gereed is, die voor hartfalen spoedig daarna.

1. Inleiding

Aanleiding

Op 1 april 2009 heeft de NZa een visie uitgebracht over functionele bekostiging van vier niet-complexe chronische zorgvormen: diabeteszorg, COPD-zorg, cardiovasculair risicomanagement en zorg voor hartfalen (hierna: visie functionele bekostiging). Hierin adviseert de NZa de Minister van VWS (hierna: VWS) functionele bekostiging in te voeren voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement per 1 januari 2010.

Het uitbrengen van de visie vormde de eerste stap op weg naar een uitvoeringstoets integrale bekostiging door de NZa, welke VWS in haar brief van 22 december 2008 aan de Tweede Kamer heeft aangekondigd. Een nadere uitwerking van dit verzoek is opgenomen in de brief van VWS aan de NZa van 22 april 2009, in reactie op de visie, de monitor huisartsenzorg en het kostenonderzoek huisartsen van de NZa.

In deze uitvoeringstoets onderzoekt de NZa twee zaken:

- *Grenzen van de ketens*: in hoeverre kunnen de bestaande ketens uitgebreid worden met nieuwe functies per 1 januari 2011?
- *Nieuwe ketens*: in hoeverre kan integrale bekostiging toegepast worden op nieuwe ketens per 1 januari 2011?

Opbouw

De rapportage is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt kort stil gestaan bij bestaande vormen van integrale bekostiging van ketenzorg. In hoofdstuk 3 komen de grenzen van de ketens aan de orde, in hoofdstuk 4 de nieuwe ketens.

Totstandkoming

De NZa heeft ten behoeve van de totstandkoming van deze rapportage de volgende werkzaamheden uitgevoerd:

Algemeen	Specifiek Grenzen Ketens	Specifiek Uitbreiding Ketens
Literatuuronderzoek	Schriftelijke input klankbordgroep	Gesprek GGZ NL
Bijeenkomst klankbordgroep	Gesprek KNMP	Gesprek NHG
Gesprek NIVEL	Gesprek V&VN	Gesprek KNGF
Gesprek ZN	Gesprek SAN	Gesprek NIP
	Gesprek FHI	
	Gesprek zorggroep	

De tussentijdse conclusies van het onderzoek dat ten grondslag ligt aan deze rapportage zijn tussentijds ter discussie voorgelegd aan een brede klankbordgroep van vertegenwoordigers van veldpartijen:

- Orde van Medisch specialisten
- Ergotherapie Nederland
- FHI, federatie van technologiebranches
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie
- Landelijke Huisartsen Vereniging
- Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
- Nederlandsche Internisten Vereniging

- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
- Samenwerkende Artsenlaboratoria en diagnostische centra in Nederland
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland
- Ministerie van VWS (toehoorder)

De klankbordgroep integrale bekostiging is tweemaal bij elkaar gekomen. In de eerste bijeenkomst zijn de grenzen van de ketens besproken, naast de mededingingsanalyse zorggroepen. In de tweede bijeenkomst zijn de voorlopige conclusies besproken van de grenzen van de ketens, en van de nieuwe ketens. De input van partijen in beide sessies is betrokken bij de afweging in deze rapportage.

2. Bestaande ketens

Op 1 april 2009 heeft de NZa een visie uitgebracht over functionele bekostiging van vier niet-complexe chronische zorgvormen: diabeteszorg, COPD-zorg, cardiovasculair risicomanagement en zorg voor hartfalen (visie functionele bekostiging). Hierin adviseert de NZa de Minister van VWS (VWS) functionele bekostiging in te voeren voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement per 1 januari 2010.

Op aanwijzing van de Minister heeft de NZa vervolgens beleidsregels opgesteld voor diabetes en cardiovasculair risicomanagement. Dit maakt het mogelijk voor zorgaanbieders om vanaf 1 januari een integraal tarief te declareren voor deze chronische zorgvormen.

Met de nieuwe bekostigingsvorm voor ketenzorg wordt één zorgaanbieder hoofdcontractant, waarmee andere zorgaanbieders in de keten contracten kunnen afsluiten en zodoende kosten kunnen declareren. De nieuwe bekostigingsvorm voor ketenzorg stimuleert daarmee samenwerking tussen verschillende zorgverleners die zich bezighouden met preventie, behandeling en het volgen van de patiënt en diens ziektebeeld.

De nieuwe regeling van de NZa laat veel ruimte aan zorgaanbieders om de zorg op een eigen manier in te vullen, maar stelt wel eisen aan de inhoud van zorg en het inzichtelijk maken daarvan. De zorg- en dienstverlening moet voldoen aan de zorgstandaarden en aan voorschriften met betrekking tot transparantie en administratie. De regeling maakt bekostiging van de zorg mogelijk vanaf het moment dat de diagnose diabetes of een verhoogd risico op hart- en vaatziekten bij de patiënt is vastgesteld.

De Minister heeft aangegeven² dat zodra voor de aandoeningen COPD en hartfalen zorgstandaarden zijn vastgesteld, hij door middel van een vervolgaanwijzing de NZa zal vragen ook daarvoor prestatiebeschrijvingen op te stellen. De verwachting is dat voor COPD de zorgstandaard medio 2010 gereed is, die voor hartfalen spoedig daarna.

² Aanwijzing chronische aandoeningen DM type 2 en CVR, 28 oktober 2009, CZ/EKZ/296667

3. Grenzen van de Ketens

3.1 Afwegingskader

De functies die eventueel in aanmerking komen voor integrale bekostiging per 1 januari 2011 zijn functies die nu in de praktijk reeds nauw verbonden zijn met de zorg die per 1 januari 2010 integraal bekostigd wordt. Belangrijk uitgangspunt is daarnaast dat integrale bekostiging toegevoegde waarde heeft. Op grond van deze uitgangspunten komen de volgende functies in potentie in aanmerking voor opname in de keten:

- de AWBZ-functie verpleging;
- diagnostiek;
- farmacie;
- hulpmiddelen.

De vraag of de bestaande ketens uitgebreid kunnen worden met deze functies beantwoorden we op basis van het in de visie functionele bekostiging geformuleerde kader. Hierin zijn de voorwaarden opgenomen waaraan voldaan moet worden voordat overgegaan kan worden tot integrale bekostiging, uitgaande van de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. In het kader van deze uitvoeringstoets vormt daarnaast vanzelfsprekend ook de uitvoerbaarheid een criterium.

Criterium 1: borging 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 publieke belang kwaliteit. Ten eerste heeft de NZa een rol met betrekking tot de transparantie van de kwaliteit. Ten tweede kan een eventuele wijziging van de bekostigingsstructuur van de zorg gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorg.

In de visie functionele bekostiging heeft de NZa aangegeven de aanwezigheid van een door eerste- en tweedelijns zorgaanbieders geaccepteerde en door patiëntenverenigingen gelegitimeerde zorgstandaard als randvoorwaarde te zien voor borging van kwaliteit bij de invoering van integrale bekostiging.

Criterium 2: borging 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.

In de visie functionele bekostiging heeft de NZa aangegeven het verlagen van toetredingsdrempels en het verhogen van transparantie als randvoorwaarde te zien voor borging van de toegankelijkheid bij de invoering van integrale bekostiging.

criterium 3: borging betaalbaarheid

Het is 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.

In de visie functionele bekostiging heeft de NZa aangegeven het verhogen van transparantie als randvoorwaarde te zien voor de borging van de betaalbaarheid bij de invoering van integrale bekostiging. Daarnaast heeft de NZa aangegeven tariefregulering op dat moment niet opportuun te vinden. In de mededingingsanalyse zorggroepen komt potentiële (tarief)regulering van ketenzorg nader aan de orde.

criterium 4: uitvoerbaarheid

De NZa heeft onderzocht in hoeverre uitvoerbaarheidselementen als bestaande wetgeving, technische invulling van de prestaties en draagvlak bij veldpartijen een rol spelen bij de vraag in hoeverre de genoemde functies onderhevig gemaakt kunnen worden aan integrale bekostiging.

In dit hoofdstuk worden voor genoemde functies de afwegingscriteria langsgelopen.

3.2 Verpleging

In 2006 is de Zvw ingevoerd naast de AWBZ. Verpleegkundige zorg is onder beide wetten terug te vinden.

Verpleging onder de Zvw

De verpleegkundige activiteiten die onder de Zvw vallen betreffen over het algemeen verpleegkundige zorg die niet thuis geleverd wordt.

In het besluit zorgverzekering wordt verpleging expliciet genoemd:³
"...omvat verpleging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg."

Daarnaast zit het onderdeel verpleegkundige zorg binnen de prestatie geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten en huisartsen die plegen te bieden. Dit betreft bijvoorbeeld zorg door POH-ers, en zorg door verpleegkundigen in de praktijk van de huisarts en/of ketenzorgaanbieder.

De verpleegkundige activiteiten die onder de Zvw vallen zijn in de huidige ketenbekostiging al geheel opgenomen.

Verpleging onder de AWBZ

De verpleegkundige activiteiten die onder de AWBZ vallen betreffen over het algemeen verpleegkundige zorg die thuis (bij de patiënt) geleverd wordt.

De beleidsregels op basis waarvan ketenzorg gedeclareerd kan worden omvat voorsnog niet de AWBZ. Het betreft dan over het algemeen de CIZ geïndiceerde functie verpleging conform de AWBZ in de thuissituatie (wijkverpleging, thuiszorg).

³ Besluit zorgverzekering, artikel 2, lid 11

Aangezien het Zvw-gedeelte al is opgenomen in de keten, wordt in onderhavige analyse uitsluitend gekeken naar het AWBZ-gedeelte en de vraag onderzocht of dit per 1 januari 2011 kan worden toegevoegd aan de integrale bekostiging van ketenzorg.

3.2.1 Kwaliteit

De zorgstandaarden zijn voor verpleging nog niet altijd goed genoeg toegespitst op de volledige taak van de verpleegkundigen. Indien de functie verpleging is opgenomen betreft dit vaak alleen nog het medische stuk, echter behelst verpleging meer dan dit alleen. Verpleging is een generalistische zorgfunctie bestaande uit het verlenen van medische zorghandelingen en het monitoren van de algehele gezondheidstoestand van de patiënt. Het risico van het ontbreken van een stevige positionering van de functie verpleging (in de zorgstandaard) is ongewenste taakherschikking naar lagere opleidingsniveaus.

3.2.2 Toegankelijkheid

In principe zou de verpleegkundige in staat moeten zijn (een deel van) de regierol op zich te nemen in de keten, die nu nog hoofdzakelijk vervuld wordt door de huisarts. Expliciet zou dit kunnen door de rol van hoofdcontractant op te pakken.

In de keten diabetes zou dit bijvoorbeeld de diabetesverpleegkundige, de wijkverpleegkundige of de verpleegkundig specialist kunnen zijn. De verpleegkundige heeft immers vanuit zijn generieke taak al veel en nauw contact met patiënten. Indien de zorgvraag van de patiënt complexer wordt kan de verpleegkundige doorverwijzen naar de huisarts of eventueel naar de tweede lijn.

Doordat de regierol bij meerdere partijen kan liggen zal mogelijk de transparantie van het ketenaanbod toenemen. Partijen hebben er immers baat bij om kwaliteit aan te tonen om de regierol naar zich toe te trekken.

3.2.3 Betaalbaarheid

Van de kosten voor verpleging en verzorging wordt bijna 98% vanuit de AWBZ gefinancierd. In 2003 werd 12,3 miljard euro uitgegeven in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg. Dit is 21,3% van de totale kosten in de Nederlandse gezondheidszorg. Belangrijke diagnosegroep is ziekten van het hartvaatstelsel met 1,5 miljard euro kosten (12,5%).

Bij verpleging doet zich het probleem voor dat de kosten per patiënt zeer heterogeen kunnen zijn. Zorgzwaarte is vooraf lastig in te schatten omdat deze afhankelijk is van de leefsituatie per patiënt, zoals bijvoorbeeld de beschikbare mantelzorg, de woonsituatie of de nabijheid van familie. Indien de verpleging onderdeel uitmaakt van de integrale ketenprijs zou dit mogelijk een gevaar van onderbehandeling kunnen genereren. Tot dusver hebben verplegers weinig tot geen ervaring met het ten behoeve van de kostprijs voorspellen van zorgzwaarte.

De NZa constateert dat er vooralsnog weinig bekend is over de gemiddelde kosten van de functie verpleging bij behandeling van (niet-complexe) chronische aandoeningen, of over de variabiliteit van deze kosten per patient. Wel zijn er cijfers over het percentage patiënten dat van bepaalde zorgaanbieders gebruik heeft gemaakt.

Daar waar andere functies in de keten worden gewaardeerd in termen van gemiddelde kosten per patiënt per jaar, lijkt dit in het geval van de

functie verpleging dus lastig. Doordat niet in algemene termen gesproken kan worden van gemiddelde kosten per patient, ontstaat een betaalbaarheidsrisico, dat zijn weerslag kan hebben op de kwaliteit of toegankelijkheid.

De kwaliteit komt in gevaar wanneer een foutieve inschatting vooraf leidt tot onderbehandeling. De toegankelijkheid komt in gevaar wanneer de zorgaanbieder de kwaliteit van de zorg laat prevaleren (en dus wel verpleging blijft leveren terwijl het geld op is). Dit betekent uiteindelijk een risico voor de continuïteit van de keten en dus voor de toegankelijkheid van de (keten)zorg.

3.2.4 Uitvoerbaarheid

Met betrekking tot de uitvoerbaarheid van de opname van verpleging in de keten zijn de volgende elementen van belang:

- draagvlak veldpartijen;
- borging betaalbaarheidsrisico;
- problematiek 'schotten' AWBZ/Zvw.

Draagvlak

Relevant voor het draagvlak is dat veldpartijen een aantal knelpunten zien die opname in de keten *op dit moment* niet wenselijk maakt. Door het ontbreken van een eigen betaaltitel met bijbehorende taakomschrijving bestaat er een knelpunt voor een duidelijke eigen en zelfstandige taakomschrijving van de verpleegkundigen binnen de keten-dbc. Het inzetten van de functie verpleging binnen de keten-dbc is hierdoor een onderdeel van huisartsgeneeskundige zorg of medisch specialistische zorg waarbij het risico op minimale benutting en taakherschikking naar beneden van de functie verpleging aanwezig is. Dit brengt het risico met zich mee dat de functie verpleging in de keten alleen *specialistisch* en niet *generalistisch* wordt ingezet. Bovenstaande maakt opname in de zorgstandaard extra belangrijk.

Borging betaalbaarheidsrisico

Om het eerder beschreven betaalbaarheidsrisico te borgen heeft de NZa onderzocht of het mogelijk is om functie verpleging wel onderdeel van de keten te maken, maar niet van de integrale bekostiging.

De NZa is van oordeel dat het betaalbaarheidsrisico geborgd kan worden door de kosten voor de functie verpleging binnen de keten op zorgzwaarte te waarderen, vergelijkbaar met de tijds-DBC's in de GGZ. De functie verpleging wordt in dat geval wel vastgesteld als onderdeel van de te leveren ketenzorg, maar voor de bekostiging wordt per patient gekeken welke zorg daadwerkelijk geleverd is. Deze zorg wordt in tijd beschreven en de kosten hiervan komen als add on bovenop de ketenprijs. Deze manier maakt het mogelijk om per patient de zorgzwaarte te bepalen waardoor het risico op onderbehandeling of vermindering van toegankelijkheid minder is. Deze oplossingsrichting dient nog nader uitgewerkt te worden. Verpleging loopt dan dus niet mee in de integrale bekostiging.

Hoe om te gaan met de AWBZ/Zvw problematiek

Verpleegkundige zorg in de eigen omgeving én in verband met huisartsenzorg kan, inhoudelijk, zowel onder de Zvw als de AWBZ vallen. In zijn algemeenheid geldt dat de patient hulp moet krijgen van de juiste zorgaanbieder, op het juiste moment, ongeacht de financiering en bekostiging.

Met betrekking tot de afbakeningsproblematiek volgt de NZa de lijn van het CVZ. Het CVZ heeft in haar rapport 'Verpleging in de eigen omgeving: Zvw en AWBZ' aangegeven dat het goed is geen ad hoc-oplossingen meer tegemoet te treden. De regelgeving rond verpleging in de eigen omgeving in AWBZ en Zvw moet in haar volle omvang gezien en uitgelegd worden. Uiteindelijk stelt het CVZ twee scenario's voor:

- alle 'verpleging in de eigen omgeving' valt onder de AWBZ;
- alle 'verpleging in de eigen omgeving' valt onder de Zvw;

Het CVZ stelt dat het eerste scenario op inhoudelijke en formele bezwaren stuit. De handelingen vallende onder 'verpleegkundige zorg' vallen onder de geneeskundige zorg binnen de Zvw en worden in samenhang met andere (eerstelijns)zorgaanbieders (huisarts, medisch specialist, verloskundige) binnen de Zvw aangeboden. Door deze inhoudelijke verwevenheid zou overheveling naar de AWBZ ook andere domeinen raken.

Het tweede scenario gaat het CVZ verder uitwerken⁴. Het is dus nog niet gezegd dat dit scenario door het CVZ uitvoerbaar geacht wordt. Echter is deze excersitie in ieder geval complex en tijdrovend waardoor dit naar inschatting van de NZa niet voor 2011 haalbaar is.

Indien toevoeging van de functie verpleging in de keten per 2011 toch gewenst is, zal er naar een tussenoplossing gezocht moeten worden. De eventuele mogelijkheid die de NZa dan ziet, is het toepassen van de 'ziekenhuisverplaatste zorg' methode⁵. De zorg moet dan wettechnisch overgeheveld worden en daar betaald worden waar de zorg neerslaat. In het geval van de keten zou dit vormgegeven kunnen worden door de indicatiestelling voor 'verpleging in de eigen omgeving' bij de hoofdcontractant neer te leggen.

In ieder geval moet deze optie komend jaar nog verder uitgewerkt worden. De NZa constateert nu echter wel al risico's bij deze methode. Een belangrijk risico bij de optie is het afschuiven van zorg door de ziektekostenverzekeraar richting de AWBZ. Immers, achteraf kan de ziektekostenverzekeraar de zorg ten laste van de AWBZ ofwel de Zvw neer laten slaan. Over de AWBZ loopt de ziektekostenverzekeraar minder risico en dus is afwenteling op de AWBZ aantrekkelijk. Een ander punt wat uitgezocht moet worden is het gevolg van implementatie van een AWBZ deel in de keten voor de bestaande contracteerruimte in de AWBZ. Dit is het gevolg van het feit dat het moeilijk te bepalen is welke deel het zogenaamde Zvw is welke al van tevoren uit de AWBZ gehaald dient te worden. De beheersbaarheid van de plaats waar de kosten neerslaan wordt hierdoor verlaagd.

Indien de geschetste risico's, of andere risico's die bij uitwerking van de methode naar boven komen, onvoldoende beheersbaar blijken lijkt toevoeging in de keten niet wenselijk.

3.3 Diagnostiek

Het is per 1 januari 2010 nog niet mogelijk om diagnostiek in de keten te bekostigen. Uitzondering vormen die aanbieders die onder de beleidsregel Innovatie diagnostiek al binnen hun zorgprestatie hebben opgenomen. Indien diagnostiek in de keten opgenomen gaat worden,

⁴ Het CVZ zal naar verwachting het advies over de 'extramuraal verpleging' in de loop van 2010 uitbrengen. De NZa zal voor de uitwerking van opname van de functie verpleging aansluiting zoeken bij het CVZ.

⁵ Beleidsregel CI-1105/CA-363: 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg'

geldt dit niet voor de diagnostiek uitgevoerd om de diagnose voor de betreffende aandoening in eerste instantie vast te stellen. Het gaat om eerstelijnsdiagnostiek (laboratorium onderzoek, functieonderzoek, beeldvormend onderzoek) verricht op verzoek van de huisarts, uitgevoerd tijdens de behandeling van de aandoening. Eerstelijnsdiagnostiek wordt aangeboden door zowel huisartsen- als ziekenhuislaboratoria.

3.3.1 Kwaliteit

Diagnostiek is wel reeds opgenomen in de zorgstandaard als onderdeel van de behandeling. Mogelijk zullen onderliggende richtlijnen nog meer toegespitst moeten worden op hun aandeel in de gehele keten, en dient er dus nog een vertaalslag gemaakt te worden.

3.3.2 Toegankelijkheid

Door toevoeging van diagnostiek in de keten lijken er ten aanzien van de toegankelijkheid geen extra effecten op te treden. Wel brengt toevoeging van diagnostiek kansen met zich mee ten aanzien van transparantie. Indien er duidelijke afspraken worden gemaakt over welke (streef)waarden bepaald moeten worden, kan er meer informatie over de uitkomst van de zorg gegeven worden. In de keten kan de patiënt dan namelijk beter worden gemonitord, en dus kan de effectiviteit van de keten gemeten worden. Dit heeft duidelijk toegevoegde waarde om inzicht in de zorg en haar resultaten te geven.

3.3.3 Betaalbaarheid

Punt van aandacht bij het toevoegen van diagnostiek in de keten ten aanzien van de betaalbaarheid, is het risico dat hoofdcontracten kiezen voor de (uiteindelijk) duurdere variant van diagnostiek. Deze keuze zou kunnen voortkomen uit het ongelijke speelveld wat er bestaat tussen ziekenhuislaboratoria en huisartsenlaboratoria. Huisartsenlaboratoria zijn begrotingsgefinancierde instellingen. Indien deze laboratoria reserves opbouwen krijgen zij te maken met een begrotingsoverschot, dat terug betaald moet worden aan de ziektekostenverzekeraar. In tegenstelling tot ziekenhuislaboratoria kunnen huisartsenlabs dus geen reserve opbouwen voor risico's en investeringen in de keten. Daarnaast bestaat de mogelijkheid van kruissubsidiëring bij ziekenhuislaboratoria. Ziekenhuizen kunnen hierdoor hun labfunctie tegen een zeer lage prijs aanbieden omdat zij de kosten dekken uit overige functies. De hoofdcontractant kan hierdoor een prikkel hebben ogenschijnlijk goedkope diagnostiek in te kopen bij ziekenhuizen, terwijl de kosten in werkelijkheid hoger liggen. In het algemeen zouden de kosten hierdoor op lange termijn kunnen toenemen.

Door verschillen in wijze van financiering en mogelijke kruissubsidiëring zou de functie diagnostiek dus niet per definitie op de meest efficiënte plek uitgevoerd worden. De vraag is echter of het een randvoorwaarde is voor de introductie van diagnostiek in de keten om deze problematiek eerst aan te pakken. Naar oordeel van de NZa is dit niet het geval, aangezien er niet daadwerkelijk sprake lijkt te zijn van een structureel probleem.

In de eerste plaats is er in de praktijk tot dusver geen sprake van het uit de markt prijzen van huisartsenlaboratoria. Veel huisartsenlaboratoria nemen deel in de huidige ketenexperimenten. Daarnaast hebben huisartsen, belangrijke spelers in de ketens, van oudsher een binding met de huisartsenlaboratoria. Ten tweede moeten ziekenhuizen

uiteindelijk ook rendabel opereren, en lijkt een eventuele lagere prijs dus eerder gebaseerd op hogere schaalvoordelen dan oneigenlijke kruissubsidie (rooftprijzen). Er zijn met andere woorden geen tekenen dat introductie in de keten tot onherstelbare (lange termijn) schade zal leiden op de markt voor diagnostiek. In de derde plaats gaat de ziekenhuisbekostiging per 2011 naar verwachting aanzienlijk wijzigen waardoor ook de budgetfinanciering zal verdwijnen. Omdat de bekostiging op basis van functionele aanspraak gaat plaatsvinden zal dit automatisch voor een meer gelijk speelveld gaan zorgen.

Op grond van bovenstaande acht de NZa de risico's ten aanzien van de betaalbaarheid voldoende beheersbaar om diagnostiek op te nemen in de keten.

3.3.4 Uitvoerbaarheid

Veldpartijen lijken in meerderheid voorstander van het opnemen van diagnostiek in de keten; het is zorg die in de zorgstandaard beschreven is en die nodig en wenselijk is voor de patiënt. Het grootste punt van zorg bij marktpartijen lijkt echter de veronderstelde afwezigheid van een gelijk speelveld tussen huisartsenlabs en ziekenhuislabs. Dit punt vermindert het draagvlak van opname in de keten.

Algemeen dient ook te worden opgemerkt dat alleen de delen welke vallen onder de te verzekeren prestaties Zvw binnen de integrale bekostiging opgenomen moeten worden. Hierover kan het CVZ duidelijkheid geven.

3.4 Farmacie

Onder farmacie wordt in dit kader verstaan:

- farmaceutische zorg (dienstverlening);
- de geneesmiddelen zelf (de 'materiaalkosten').

De farmaceutische zorg en geneesmiddelen worden nu gebundeld bekostigd. Er is sprake van één prestatie (terhandstelling van een receptgeneesmiddel), waarbij het tarief gebonden is aan een door de NZa vastgesteld maximum. In principe zal deze prestatie per 1 januari 2011 komen te vervallen en vervangen worden door nieuwe prestaties. Overigens zal daarbij geen strikte scheiding ontstaan tussen de geneesmiddelen en de farmaceutische zorg. Een deel van de farmaceutische zorg hangt onlosmakelijk samen met het product. Denk hierbij aan de medicatiebewaking en andere kwaliteitschecks.

3.4.1 Kwaliteit

De protocollen voor geneesmiddelkeuze (NHG-standaarden) zijn reeds onderdeel van de zorgstandaarden Diabetes en CVR. De protocollen voor farmaceutische dienstverlening liggen in principe klaar. Mits deze binnen een jaar opgenomen kunnen worden in de zorgstandaarden, wordt aan dit criterium voldaan.

Opname van geneesmiddelen in de keten betekent dat het risico van hogere (of lagere) kosten van geneesmiddelen voor rekening zijn van de aanbieder van ketenzorg. De kosten van geneesmiddelen zijn zeer heterogeen, in de zin dat ze sterk kunnen variëren van patiënt tot patiënt. Dit punt wordt verder uitgewerkt bij het criterium betaalbaarheid.

Ten aanzien van de kwaliteit van de zorg brengt dit een risico met zich mee, omdat hiermee een stimulans ontstaat voor de aanbieder van ketenzorg om de overstap naar een zwaardere medicijn (te) lang uit te stellen. Borging van dit risico ligt in principe bij de overheid. De IGZ houdt toezicht ten aanzien van de minimum kwaliteit van de farmacie.

3.4.2 Toegankelijkheid

De farmaceutische zorgaanbieder moet in staat worden geacht een rol te spelen in de regie van de keten. Net als de huisarts heeft deze immers vanuit zijn generieke taak al veel contact met patiënten. De nieuw vast te stellen prestaties beogen meer duidelijkheid te bieden over de toegevoegde waarde van de farmaceutische dienstverlener. Die duidelijkheid draagt bij aan zijn positionering in de keten.

Opname van geneesmiddelen in de keten betekent daarnaast een risico voor de toegankelijkheid van de zorg. Wanneer de zorgaanbieder de kwaliteit van de zorg laat prevaleren (en dus tijds overstapt naar het zwaardere en duurere medicijn) vormt de heterogeniteit en dus onvoorspelbaarheid een risico voor de continuïteit van de keten en dus van de toegankelijkheid van de zorg. Dit risico ligt nu bij de zorgverzekeraars, die dit op basis van schaalomvang ten opzichte van ketenaanbieders relatief beter kunnen dragen.

3.4.3 Betaalbaarheid

Vanuit het oogpunt van betaalbaarheid is er geen reden om farmaceutische zorg buiten de keten te houden. Voor geneesmiddelen ligt dit anders.

De kosten die samenhangen met het opnemen van farmacie in de keten kunnen sterk variëren met de geneesmiddelkeuze c.q. zorgzwaarte per patiënt. Onderstaande tabel illustreert dit aan de hand van de kosten per gebruiker voor enkele relevante geneesmiddelgroepen in 2008.

Relevante keten	Geneesmiddelgroep	Kosten per gebruiker 2008
Diabetes	Niet-insulines (NHG-standaard stap 1-2)	€ 120
	Insulines (NHG-standaard stap 3-4)	€ 650
Diabetes CVR	Cholesterolmiddel 1 ^e keus (simvastatine)	€ 60
	Alternatief bij onvold. effect (atorvastatine)	€ 390
CVR Hartfalen	Div. groepen bloeddrukmiddelen	€ 60-100
	Angiotensine-II-antagonisten	€ 250
COPD	Kortwerkende luchtwegverwijders	€ 35-75
	Langw. luchtwegverw. (bij onvold. effect)	€ 200-375

Bron: GIP/College voor Zorgverzekeringen

De NZa constateert dat er een aantal voor- en nadelen verbonden is aan het opnemen van deze kosten in de keten. Een voordeel is in de eerste plaats dat het opnemen van deze kosten een prikkel geeft de zorg doelmatig in te kopen aan de aanbieder van ketenzorg. Tweede voordeel is dat het eventuele overbehandeling terugdringt; integrale bekostiging vormt een prikkel voor doelmatig voorschrijven. Een belangrijk nadeel is dat daarmee het risico op onderbehandeling ontstaat: het uitstellen van een noodzakelijke verzwaring van de medicatie. Dit risico is genoemd onder kwaliteit. Daar komt bij dat de materiaalkosten van farmacie verhoudingsgewijs een groot deel zouden gaan uitmaken van de totale ketenkosten, hetgeen het lastig zou kunnen maken een kostprijs te

bepalen. Daar staat tegenover dat zorgaanbieders gezamenlijk jarenlange ervaring hebben met medicatie voor chronisch zieke patiënten. Zij zouden deze expertise moeten kunnen inzetten in de keten ten behoeve van het bepalen van de kostprijs. Het risico dat dit met zich meebrengt voor de continuïteit van de keten is genoemd onder toegankelijkheid.

3.4.4 Uitvoerbaarheid

Met betrekking tot de uitvoerbaarheid van de opname van farmacie in de keten zijn de volgende elementen van belang:

- draagvlak veldpartijen;
- borging betaalbaarheidsrisico.
- eigen risico en te verzekeren prestaties Zvw.

Draagvlak

Veldpartijen lijken in meerderheid voorstander van het opnemen van farmaceutische zorg in de keten, mits het betaalbaarheidsrisico geborgd is. Mede op basis van inbreng van partijen is onderstaande oplossing geconstrueerd.

Borging betaalbaarheidsrisico

Om het hierboven beschreven betaalbaarheidsrisico te borgen heeft de NZa onderzocht of het mogelijk is om de materiaalkosten – het element waarop het risico betrekking heeft – wel onderdeel van de keten te maken, maar niet van de integrale bekostiging. Dit is mogelijk door een boekhoudkundige scheiding aan te brengen tussen de farmaceutische zorg en de materiaalkosten. Beide worden dan wel door dezelfde aanbieder geleverd, maar de rekening van de farmaceutische zorg gaat naar de ketenaanbieder, en de rekening van de materiaalkosten naar de verzekeraar.

Voor de beoordeling of deze oplossing een goede is, is het nuttig te kijken naar de impact die ze heeft op de hierboven genoemde afwegingen. Hieronder worden daarom de afwegingscriteria nogmaals langsgelopen:

- (Kwaliteit) Het risico op onderbehandeling verdwijnt. Verder verandert er niets aan de overwegingen hierboven. Met name doet het buiten de keten laten van de materiaalkosten van farmacie geen afbreuk aan het feit dat een deel van de farmaceutische zorg verbonden is aan het geneesmiddel zelf. Het betreft puur een boekhoudkundige scheiding.
- (Toegankelijkheid) Doordat de materiaalkosten buiten de keten gelaten worden, komt het risico niet bij de aanbieder van ketenzorg te liggen. Hiermee wordt het risico voor de continuïteit van de keten en dus van de toegankelijkheid van de zorg ondervangen.
- (Betaalbaarheid) De voordelen vanuit de doelmatigheidsprykkels verdwijnen. Geen effect meer op betaalbaarheid.

Relevant voor het draagvlak is daarnaast dat veldpartijen in meerderheid het buiten de keten laten van de materiaalkosten als oplossing zien voor het gevaar dat heterogeniteit van de geneesmiddelenkosten met zich meebrengt. Binnen apotheek-informatiesystemen zijn materiaalkosten nu al gescheiden van dienstverleningskosten. Naar verwachting is het realiseren van het scheiden van de declaraties voor 1 januari 2011 haalbaar. Aandachtspunt hierbij is wel de gelijktijdige invoering van zowel nieuwe prestaties als vrije prijzen.

Op grond van bovenstaande concludeert de NZa dat het buiten de integrale bekostiging houden van de materiaalkosten een goed

uitvoerbare manier is om de betaalbaarheid te borgen⁶, mits hiervoor zoveel mogelijk aangesloten wordt bij de nieuwe prestaties farmacie.

Eigen risico/te verzekeren prestaties Zvw

In 2010 valt de gehele keten zoals beschreven in de beleidsregels geheel buiten het eigen risico. Belangrijke argumentatie hiervoor was dat dit de overzichtelijkheid ten goede kwam en dat de kosten van het eigen risico bij de patiënten vallende onder de prestatie al op ging aan de kosten voor farmacie. Dit laatste argument valt uiteraard weg indien farmacie ook onderdeel van de keten wordt. De NZa is van mening dat de keten niet uitgesloten moet worden van het eigen risico. Het ontbreken van het eigen risico binnen de keten maakt deelname aan de keten financieel aantrekkelijk voor patiënten. Patiënten die buiten de keten vallen zijn dan financieel slechter af, ook als hun zorggebruik buiten de keten lager is dan erin. Dit is een prikkel die de NZa niet wenselijk acht voor de lange termijn betaalbaarheid van de ketenzorg.

Algemeen dient ook te worden opgemerkt dat alleen de delen welke vallen onder de te verzekeren prestaties Zvw binnen de integrale bekostiging opgenomen moeten worden. Hierover kan het CVZ duidelijkheid geven.

3.5 Hulpmiddelen

Net als bij farmaceutische zorg kan bij hulpmiddelenzorg een onderscheid worden gemaakt tussen de producten en de diensten. Anders dan bij farmaceutische zorg zijn de kosten hiervan niet te scheiden.

Hulpmiddelenzorg (de diensten) wordt doorgaans geleverd door een POH of verpleegkundige, nadat het hulpmiddel is voorgeschreven door een arts. Daarnaast verschaft ook de leverancier van een hulpmiddel vaak nog informatie en begeleiding. Hulpmiddelen vallen binnen de bevoegdheden van de NZa voor zover bekostigd via AWBZ of Zvw. Andere hulpmiddelen worden bekostigd via de WMO en WIA. Voor hulpmiddelenzorg geldt thans geen tarief- of prestatieregulering. Wel is in de Regeling Zorgverzekering voor veel hulpmiddelen een maximumvergoeding opgenomen. In het jaarlijkse pakketadvies neemt het CVZ een richtprijs op, gebaseerd op actuele onderliggende kosten. Kosten voor hulpmiddelen komen ten laste van het eigen risico van de verzekerde.

3.5.1 Kwaliteit

De NZa constateert dat voor het borgen van de kwaliteit van hulpmiddelenzorg, zowel binnen als buiten ketens, nog grote stappen gemaakt worden, aangezien bestaande protocollen nog onvolledig zijn. Geschikte protocollen zijn een eerste stap op weg naar opname in de zorgstandaard. In de bestaande zorgstandaarden worden hulpmiddelen al (deels) genoemd, maar gaat het alleen om de hulpmiddelen zelf en niet om de zorg eromheen. Zonder het toevoegen van die zorg (onder andere instructies en controle/evaluatie) lijkt opnemen in de keten geen toegevoegde waarde te hebben.

⁶ Zie ook advies 'Bekostiging dure- en weesgeneesmiddelen (oktober 2008). Dit advies is reeds overgenomen: Gezien de hoge kostenheterogeniteit van behandelingen met dure geneesmiddelen kan verwerking van deze kosten in DBC's leiden tot onderbehandeling, selectieve doorverwijzing en risicoselectie.

Relevant hierbij is de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg. Deze is in 2005 door het CVZ opgesteld in samenwerking met een aantal relevante partijen. De procesbeschrijving "creëert eenheid van taal en is daarmee een leidraad voor een uniforme informatie-uitwisseling over hulpmiddelenzorg". Het laatste Deelrapport Hulpmiddelenzorg (CVZ, 2009) noemt de procesbeschrijving ook als een goed handvat bij het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen voor het verstrekkingenproces. Hieruit blijkt ook weer dat de richtlijnen en protocollen nog ontwikkeld moeten worden. De NZa heeft geen aanwijzingen dat die richtlijnen en protocollen in 2010 ontwikkeld én onderdeel van zorgstandaarden kunnen worden.

Net als bij geneesmiddelen betekent opname van hulpmiddelen in de keten dat het risico van hogere (of lagere) kosten van hulpmiddelen voor rekening zijn van de aanbieder van ketenzorg. Ook hier impliceert dat een risico voor de kwaliteit van de zorg, omdat hiermee een stimulans ontstaat voor de aanbieder van ketenzorg om het voorschrijven van een (duurder) hulpmiddel uit te stellen.

3.5.2 Toegankelijkheid

Er is geen sprake van een zorgaanbieder waarvan verwacht kan worden dat die vanuit een zelfstandige rol de regie voert over zorg rond hulpmiddelen. De zorg wordt doorgaans geboden door een verpleegkundige of POH, onder aansturing van de arts, en deels door de hulpmiddelenleverancier. Indien hulpmiddelen toegevoegd worden aan de keten, betekent dit dat een risico op onderbehandeling.

3.5.3 Betaalbaarheid

De NZa constateert dat net als bij farmacie ook bij hulpmiddelen de kosten per patiënt heterogeen kunnen zijn. Zo kostten de teststrips voor insulinegebruikende diabetici in 2008 gemiddeld € 425 per gebruiker en een insuline-infuuspomp € 2.430. Onduidelijk is of de positieve aspecten op de betaalbaarheid (de stimulans tot doelmatiger voorschrijven) voor deze situaties aan de orde is. Daarbij komt dat verzekeraars al zeer actief zijn bij het doelmatig inkopen van hulpmiddelen. Het is de vraag of zorgketens betere resultaten kunnen boeken. Omdat de kosten van de hulpmiddelen zelf en de zorg eromheen niet te scheiden zijn, is een boekhoudkundige scheiding zoals bij de farmaceutische zorg hier geen optie. Dit alles pleit tegen het opnemen van hulpmiddelenzorg in de keten.

3.5.4 Uitvoerbaarheid

Opname in de keten lijkt op termijn gewenst door partijen, mits de hierboven genoemde risico's geborgd worden. Relevant is dat partijen in de klankbordgroep onderschrijven dat ten aanzien van de zorgstandaard nog grote stappen gemaakt moeten worden, en dat die stappen des te belangrijker zijn nu er geen centrale 'regisseur' is voor zorg rond hulpmiddelen, maar dat het onrealistisch is te verwachten dat dit proces voor 2011 al is afgerond.

De NZa merkt overigens ook op dat, hoewel formele opname in de beleidsregels per 1 januari 2011 mogelijk te vroeg komt, de hulpmiddelenzorg wel degelijk onderdeel kan zijn van afspraken tussen partijen. Dit is voor hulpmiddelenzorg goed mogelijk, omdat hulpmiddelenzorg al voor een belangrijk deel wordt uitgevoerd door zorgaanbieders die deel (kunnen) uitmaken van ketenafspraken. Het enige dat dan nog niet binnen de keten valt, is de bekostiging.

Ook hier geldt dat alleen de delen welke vallen onder de te verzekeren prestaties Zvw binnen de integrale bekostiging opgenomen moeten worden. Hierover kan het CVZ duidelijkheid geven. Indien een deel van de kosten onder het eigen risico vallen zal hierover ook duidelijkheid gegeven moeten worden, dit wordt bij de uitwerking in 2010 meegenomen.

3.6 Conclusie grenzen van de ketens

Op grond van bovenstaande analyse concludeert de NZa het volgende ten aanzien van de op te nemen functies in de integrale bekostiging van ketenzorg.

De AWBZ-functie *verpleging* kan per 1 januari 2011 opgenomen worden in de integrale bekostiging van ketenzorg, mits voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:

- opname in de door eerste- en tweedelijns zorgaanbieders geaccepteerde en door patiëntenverenigingen gelegitimeerde zorgstandaard behorende bij de betreffende vorm van ketenzorg;
- borging betaalbaarheid ten aanzien van de zorgzwaarte, door de kosten voor de functie verpleging binnen de keten op zorgzwaarte te waarderen en als add-on aan de ketenprijs toe te voegen. Hierbij wordt opgemerkt dat dit afwijkt van de insteek van één integrale prijs per patient per jaar;
- oplossing voor problematiek van de bestaande schotten in financiering tussen AWBZ Zvw. De NZa merkt hierbij op dat dit een ingewikkeld vraagstuk betreft, dat moet worden opgelost door VWS en het CVZ, alvorens verpleging opgenomen kan worden in de keten;
- wenselijk maar geen randvoorwaarde is daarnaast de introductie van een eigen betaaltitel met bijbehorende taakomschrijving voor verpleging.

Diagnostiek kan per 1 januari 2011 opgenomen worden in de integrale bekostiging van ketenzorg, mits voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:

- opname in de door eerste- en tweedelijns zorgaanbieders geaccepteerde en door patiëntenverenigingen gelegitimeerde zorgstandaard behorende bij de betreffende vorm van ketenzorg;
- wenselijk maar geen randvoorwaarde is daarnaast het vinden van een oplossing voor oneerlijke concurrentie door het ongelijke speelveld van huisartsenlaboratoria met ziekenhuislaboratoria;

Farmacie kan per 1 januari 2011 opgenomen worden in de integrale bekostiging van ketenzorg, mits voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:

- Opname in de door eerste- en tweedelijns zorgaanbieders geaccepteerde en door patiëntenverenigingen gelegitimeerde zorgstandaard behorende bij de betreffende vorm van ketenzorg.
- Borging betaalbaarheid ten aanzien van de materiaalkosten (geneesmiddelen), bijvoorbeeld door een boekhoudkundige scheiding tussen materiaalkosten en farmaceutische zorg. De NZa kan dit meenemen in de implementatie.
- Aansluiting bij nieuwe prestaties farmaceutische zorg per 1 januari 2011. De NZa kan dit meenemen in de implementatie.
- Wenselijk maar geen randvoorwaarde is het borgen van de lange termijn betaalbaarheid van de ketenzorg, door het elimineren van de onevenwichtigheid tussen het eigen risico binnen en buiten de keten dat kan ontstaan wanneer farmacie in de keten wordt opgenomen. De

NZa is van mening dat de keten niet uitgesloten moet worden van het eigen risico.

Hulpmiddelen kunnen per 1 januari 2011 niet opgenomen worden in de integrale bekostiging van ketenzorg. De belangrijkste reden hiervoor is dat de NZa heeft geen aanwijzingen heeft aan de eerste voorwaarde, opname in de zorgstandaard, tijdig kan worden voldaan. De randvoorwaarden voor opname van hulpmiddelen in de integrale bekostiging van ketenzorg zijn:

- opname in de door eerste- en tweedelijns zorgaanbieders geaccepteerde en door patiëntenverenigingen gelegitimeerde zorgstandaard behorende bij de betreffende vorm van ketenzorg;
- borging betaalbaarheid ten aanzien van de materiaalkosten;
- wenselijk maar geen randvoorwaarde is het borgen van de lange termijn betaalbaarheid van de ketenzorg, door het elimineren van de onevenwichtigheid tussen het eigen risico binnen en buiten de keten dat kan ontstaan wanneer hulpmiddelen in de keten worden opgenomen. De NZa is van mening dat de keten niet uitgesloten moet worden van het eigen risico.

4. Integrale bekostiging nieuwe ketens

4.1 Vraagstelling en uitgangspunten

In dit hoofdstuk van de uitvoeringstoets kijken we vooruit naar de komende jaren: voor welke andere vormen van integrale zorgverlening is integrale bekostiging wenselijk? Meer concreet is daarbij gekeken naar de wenselijkheid en mogelijkheid van invoering per 1 januari 2011. De onderzoeksvraag is dan als volgt:

Voor welke overige ketens is invoering van integrale bekostiging per 1 januari 2011 wenselijk, gelet op de voor- en nadelen en risico's daarvan voor integrale zorgverlening, en de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg?

Uitgangspunten en beperkingen beantwoording vraagstelling

Bij de beantwoording van de vraagstelling gelden de volgende uitgangspunten en beperkingen:

- Er vindt geen nieuwe afweging plaats over de wenselijkheid van integrale bekostiging voor zorg rond diabetes, CVR, COPD en hartfalen.
- Nagegaan wordt wat de voor- en nadelen en risico's van integrale bekostiging zijn voor de beoogde integrale zorgverlening en de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. 'Integrale bekostiging' is hier de bekostiging zoals ingevuld in beleidsregel 'Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, CVR)'⁷.
- De afweging vindt plaats aan de hand van de verwachtingen over de voor- en nadelen en risico's die kunnen worden afgeleid uit diverse beleidsstukken van de Minister, het NZa-visiedocument⁸ en de reacties daarop.
- De voor- en nadelen en risico's worden bekeken ten opzichte van de huidige *structurele* bekostiging, dus exclusief de tijdelijke mogelijkheden (zoals de beleidsregel Innovatie voor nieuwe zorgprestaties⁹).
- De conclusies worden gebaseerd op een theoretische verkenning en gesprekken met een beperkt aantal relevante partijen. Het is geen empirische vaststelling van het daadwerkelijk optreden van voor- en nadelen en risico's.
- Het ligt bij de beantwoording van de vraagstelling het meest voor de hand om te kijken naar aandoeningen waarbij het grootste deel van de benodigde zorg onderdeel uitmaakt van het basispakket Zvw, en waarvan zwaartepunt van de benodigde zorg in de eerste lijn ligt of zou kunnen liggen. De integrale bekostiging zoals nu ingevoerd biedt immers nog maar zeer beperkt mogelijkheden om zorg buiten deze grenzen in de prestatie op te nemen. Hiervoor zijn ingrijpendere aanpassingen in het geheel van de bekostiging nodig. Voor aandoeningen waarbij een groter deel van de benodigde zorg buiten het verzekerde basispakket Zvw en de eerstelijns zorg ligt, zullen de voordelen van invoering van deze integrale bekostiging dan ook minder aanwezig zijn. Deze bezwaren vallen weg als er voldoende mogelijkheden zijn om de betreffende zorg toch op te nemen in de prestatie, dan wel tot een goede afstemming te komen tussen de benodigde zorg binnen en buiten de prestatie¹⁰.

⁷ Beleidsregel CV-7000-5.0-1

⁸ Visiedocument 'Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen, Diabetes, COPD, cardiovasculair risicomanagement en hartfalen, april 2009

⁹ Beleidsregel CV-7000-4.0.-2/CA-276

¹⁰ Dit wordt verder uitgewerkt in paragraaf 4.3.

4.2 Het afwegingskader

De afweging vindt plaats aan de hand van drie 'zeven', waarbij er na toepassing van iedere zeef minder ketens overblijven:

- Voor welke nieuwe ketens is het zinvol om te onderzoeken of invoering van integrale bekostiging meerwaarde heeft?
- Voor de overgebleven ketens vindt een toets plaats op een aantal harde randvoorwaarden voor invoering per 1 januari 2011: is invoering van integrale bekostiging hiervoor vanaf 2011 mogelijk?
- Voor de ketens die naar verwachting kan voldoen aan de harde randvoorwaarden vindt een nadere afweging plaats van de voor- en nadelen en risico's voor integrale zorgverlening, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg: is invoering integrale bekostiging voor deze ketens wenselijk?

Deze volgorde, met een stapsgewijze toepassing van zeven, is vooral praktisch. Een zorgvuldige afweging van de voor- en nadelen en risico's van integrale bekostiging voor specifieke vormen van integrale zorg vergt een behoorlijke investering. Als de conclusie is dat voor bepaalde zorg op dit moment niet aan de harde randvoorwaarden is voldaan, dan is een nadere afweging daarvoor op dit moment niet zinvol.

4.3 Toepassing afwegingskader

Voorafgaande aan de afweging van integrale zorgverlening bij specifieke ketens schetsen we in deze paragraaf eerst de visie van de NZa op uitbreiding van de integrale bekostiging in het algemeen.

4.3.1 Visie NZa op verdere invoering integrale bekostiging

Integrale bekostiging is geen doel op zich, maar een middel om integrale zorgverlening en betere, efficiëntere zorg te bevorderen. Invoering van integrale bekostiging kan bijdragen aan het terugdringen van de versnippering in de huidige bekostiging, tussen 'lijnen', wetten en verzekeringen. De huidige invulling van de integrale bekostiging wordt daarbij gezien als een eerste stap. De zorg die zorgverleners vanuit verschillende disciplines binnen met name de eerste lijn leveren aan een patiënt met een chronische aandoening, kan in samenhang worden aangeboden, ingekocht en bekostigd. Ook de kosten voor ondersteuning van de samenwerking (bijvoorbeeld voor afstemming, ICT en het leveren van spiegelinformatie) kunnen worden meegenomen in (het tarief voor) de prestatie. Bevordert wordt dat er verantwoordelijkheid wordt genomen voor de coördinatie en afstemming van alle zorgonderdelen die volgens de zorgstandaard van belang zijn om optimale zorg te kunnen leveren. Binnen de kaders van de beleidsregel is er veel ruimte voor partijen om invulling te geven aan de organisatie, de prestatie en het tarief.

Nu deze eerste stap is gezet zijn er nog veel vragen te beantwoorden. Bijvoorbeeld: hoe kan nieuwe verkokering worden voorkomen en hoe kan worden omgegaan met multimorbiditeit? De beoogde modulaire opbouw van zorgstandaarden op basis van de 'standaard voor zorgstandaarden' vergemakkelijkt naar verwachting de afstemming tussen de zorg met het oog op de verschillende aandoeningen van een patiënt.

De zorgstandaard biedt daarmee mogelijk ook betere aanknopingspunten om het risico op verkokering door integrale bekostiging 'op ketenniveau' te verkleinen. Hierover wordt nog volop nagedacht, in eerste instantie

vanuit de zorginhoudelijke invalshoek bij de ontwikkeling van de zorgstandaard. Daarnaast moet verder worden gewerkt aan het vergroten van de mogelijkheden tot 'grensoverschrijdende' integrale bekostiging die eerste en tweedelijns zorg kan omvatten, en zorg vanuit zowel de Zvw als de AWBZ.

Op dit moment is de vraag 'hoeveel ketens uiteindelijk integraal moeten worden bekostigd' nog niet goed te beantwoorden. Het lijkt op voorhand niet zinvol om alle (chronische) zorgverlening via 'ketens' te organiseren en bekostigen. Een voorwaarde is dat het uiteindelijk meer oplevert dan dat het kost (financieel en inhoudelijk). Ook moet de meerwaarde van het vergroten van de samenhang binnen de keten groter zijn dan het risico op nieuwe schotten tussen de keten en de overige zorgvragen van de patiënt. Bovendien zal een groot deel van de zorgvragen – in ieder geval in eerste instantie – niet in een bepaalde keten zijn onder te brengen en vragen om een generalistische aanpak.

Meerwaarde van integrale zorgverlening, en de eventuele koppeling daaraan van integrale bekostiging is het meest waarschijnlijk te verwachten bij die aandoeningen waar het om grote patiëntenaantallen en/of hoge kosten gaat, bij aandoeningen waar het duidelijk is dat sprake moet zijn van multidisciplinaire zorg en/of waar ingeschat wordt dat er nog veel winst te behalen valt wat betreft de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. De criteria voor de eerste selectie, waarin bepaald wordt of het zinvol is de wenselijkheid van integrale bekostiging voor de betreffende integrale zorgverlening verder te onderzoeken, zijn met name daarop gericht.

4.3.2 Zeef 1: Selectie te onderzoeken ketens

De selectie van ketens waarvoor het zinvol is de wenselijkheid van ketenbekostiging te onderzoeken, is hier beperkt tot de zorg rond aandoeningen waar activiteiten om een zorgstandaard te ontwikkelen al zijn opgestart. Als dat niet het geval is, dan zijn vragen rond invoering van integrale bekostiging per 1 januari 2011 – waarop de focus van deze uitvoeringstoets is gericht – nog niet aan de orde (zie ook de tweede zeef). Als de ontwikkeling van zorgstandaarden daartoe aanleiding geeft kunnen andere aandoeningen alsnog worden getoetst.

In lijn met wat hierboven bij de algemene visie is beschreven, zijn bij de selectie de volgende criteria gehanteerd:

- Relatieve 'omvang' van de aandoening, in termen van ziektelast, patiëntenaantallen en kosten (hoog en/of stijgende trend).
- Er is sprake van multidisciplinaire zorgverlening, met duidelijke samenhang tussen de zorgonderdelen.
- Duidelijke kwaliteits- en/of doelmatigheidswinst is te behalen door (verbetering van) integrale zorgverlening.
- Het heeft meerwaarde om de mogelijkheden voor zelfmanagement te vergroten.

Het is hierbij niet nodig dat aan alle criteria wordt voldaan. Ook als aan één criterium is voldaan kan dat voldoende aanleiding zijn voor nader onderzoek. De criteria staan ook niet geheel los van elkaar: bij aandoeningen waar het gaat om grote patiëntenaantallen en/of hoge kosten is ook sneller te verwachten dat daar kwaliteits- en/of doelmatigheidswinst valt te behalen door meer integrale zorgverlening.

Meerwaarde nader onderzoek naar wenselijkheid integrale bekostiging

Aandoening	Bevindingen	Conclusie?
Artrose	- Patiëntenaantallen en kosten zijn hoog, naar verwachting stijgende trend - Meerdere zorgverleners vanuit verschillende disciplines betrokken. - Kwaliteitswinst te behalen door betere afstemming tussen aanbieder en patiënt en substitutiemogelijkheden	✓
Astma	- Patiëntenaantallen en kosten zijn hoog, naar verwachting stijgende trend - Meerdere zorgverleners vanuit verschillende disciplines betrokken. - Kwaliteitswinst te behalen door betere afstemming	✓
CVA	- Patiëntenaantallen en kosten zijn hoog, naar verwachting stijgende trend. - In de verschillende fases van CVA zijn veel disciplines betrokken en is goede afstemming van belang. Onderzoek heeft aangetoond dat integrale zorgverlening voor CVA ('stroke service') meerwaarde heeft met oog op de kwaliteit en de kosten. - Een actieve rol van de patiënt kan het verloop van de chronische fase positief beïnvloeden	✓
Dementie	- Patiëntenaantallen en kosten zijn hoog, naar verwachting stijgende trend. - Meerdere zorgverleners vanuit verschillende disciplines betrokken. Kwaliteitswinst te behalen door betere afstemming. - Omdat diagnose nu vaak pas laat wordt gesteld, patiënten meestal niet meer in staat tot zelfmanagement. Mantelzorgers spelen een belangrijke rol.	✓
Depressie	- Patiëntenaantallen en kosten zijn hoog en naar verwachting stijgende trend. Naast directe kosten ook veel indirecte kosten als gevolg van depressie. - Meerdere zorgverleners vanuit verschillende disciplines betrokken. - Meerwaarde integrale zorgverlening vooral te verwachten in minder onderbehandeling zware depressies en minder overbehandeling lichte depressies.	✓
Obesitas	- Patiëntenaantallen en kosten zijn zeer hoog en naar verwachting sterk stijgende trend. Naast directe kosten ook veel indirecte kosten als gevolg van obesitas. - Meerdere zorgverleners vanuit verschillende disciplines betrokken. - Obesitas is een risicofactor voor veel andere aandoeningen. - Kwaliteitswinst te behalen door preventieve activiteiten en een betere afstemming.	✓

Conclusie zeef 1

De toepassing van de criteria in de eerste zeef leidt tot de conclusie dat het voor de bovenstaande ketens (artrose, astma, CVA, dementie, depressie en obesitas) zinvol lijkt om verder te onderzoeken of integrale bekostiging daarvan wenselijk is.

4.3.3 Zeef 2: Toets aan harde randvoorwaarden

De tweede zeef is erop gericht de te onderzoeken ketens te beperken tot diegene waarvoor invoering van integrale bekostiging *per 1 januari 2011* in principe mogelijk lijkt. Daartoe moet wat de NZa betreft zijn voldaan aan de volgende harde randvoorwaarden:

- Er is een geaccepteerde integrale zorgstandaard.
- Het zwaartepunt van de zorg ligt in het basispakket Zvw en kan liggen in de eerste lijn.
- Invoering per 1 januari 2011 is uitvoerbaar.

Om te kunnen concluderen dat invoering van integrale bekostiging per 1 januari 2011 in principe mogelijk is voor een zorgketen, moet aan *alle* harde randvoorwaarden zijn voldaan.

Aanwezigheid geaccepteerde integrale zorgstandaard

De NZa stelt de aanwezigheid van een door de eerste en tweedelijns zorgaanbieders en patiëntenverenigingen geaccepteerde zorgstandaard als voorwaarde voor invoering van integrale bekostiging. Dit om de kwaliteit te kunnen waarborgen en met het oog op eenduidigheid en duidelijkheid over de kaders en de minimale invulling van de prestatie. De aanwezigheid van een zorgstandaard voor zorg rond een bepaalde aandoening geeft aan dat het meerwaarde heeft om alle zorg op dit

niveau, dus rond de aandoening, te beschrijven. Het geeft ook aan dat afbakening voor de zorg rond deze aandoening en zorg gericht op andere zorgvragen mogelijk is (zolang er maar voldoende verbinding mogelijk blijft met de overige zorgvragen van patiënten).

De zorgstandaard moet zijn opgezet conform de 'zorgstandaard der zorgstandaarden', zoals ontwikkeld door het coördinatieplatform zorgstandaarden¹¹. Dat is voor alle nu in ontwikkeling zijnde zorgstandaarden het geval. Bij de inschatting of een zorgstandaard tijdig gereed kan zijn is uitgegaan van de aanname dat er minimaal een jaar nodig is om een zorgstandaard te autoriseren wanneer deze nog in de beginfase is.

Geaccepteerde zorgstandaard aanwezig per 1 januari 2011

Aandoening	Bevindingen	Conclusie?
Artrose	Platform opgezet om een zorgstandaard te ontwikkelen, op basis van een al aanwezige multidisciplinaire richtlijn.	✓ ¹
Astma	Overeenstemming tussen partijen (achterban LAN) om een zorgstandaard te gaan ontwikkelen	X
CVA	Verkennde fase	X
Dementie	Er is al veel voorwerk gedaan om de invulling van de zorgstandaard te bespoedigen. Er zijn nog organisatorische en procedurele stappen nodig voordat met daadwerkelijke invulling zorgstandaard kan worden begonnen.	X
Depressie	Zorgstandaard kan gereed kan zijn op 1 januari 2011. Bij de ontwikkeling van de zorgstandaard kan worden voortgebouwd op een multidisciplinaire richtlijn.	✓ ¹
Obesitas	Concept-zorgstandaard is bijna gereed. Volgens planning vindt in het najaar van 2010 de autorisatie daarvan plaats.	✓ ¹

¹ Mits ontwikkeling en autorisatie zorgstandaard volgens planning verloopt, met medewerking van alle relevante partijen¹²

De conclusie bij de eerste harde randvoorwaarde is dat de staat van ontwikkeling van zorgstandaarden voor zorg rond astma, CVA en dementie zodanig is, dat niet valt te verwachten dat deze op 1 januari 2011 gereed zal zijn. Voor artrose, depressie en obesitas acht de NZa het in principe mogelijk dat er op 1 januari 2011 een geaccepteerde zorgstandaard ligt, *mits* de ontwikkeling en autorisatie daarvan voorspoedig en volgens planning verloopt.

Zwaartepunt zorg kan liggen in eerste lijn en basispakket Zvw

Om (een deel van de) zorg rond een bepaalde aandoening als één prestatie te bekostigen, moet er voldoende afbakening mogelijk zijn van de zorg voor deze aandoening ten opzichte van andere zorgvragen. Vooralsnog zijn er nog veel praktische belemmeringen om zorg buiten de eerste lijn en buiten het basispakket Zvw in een integraal bekostigde prestatie op te nemen. De ideale situatie is dat er in de bekostiging geen schotten meer zijn tussen lijnen, wetten, verzekeringen of financieringen die belemmeren dat *alle* zorg die nodig wordt geacht rond patiënten met bepaalde aandoeningen integraal te leveren.

¹¹ Onderdeel van een zorgstandaard op basis van de 'standaard voor zorgstandaarden' zijn ook de relevante prestatie-indicatoren.

¹² De NHG heeft de medewerking aan het ontwikkelen van zorgstandaarden vooralsnog stopgezet. Redenen die hiervoor worden gegeven is het ontbreken van heldere criteria voor de selectie van aandoeningen waar een zorgstandaard toegevoegde waarde heeft. Ook kaarten zij aan dat de implementatie en evaluatie van de huidige zorgstandaarden moet worden afgewacht.

Bij artrose kan daarnaast de medewerking van medisch specialisten een knelpunt vormen.

Bij de integrale bekostiging zoals die per 1 januari 2010 wordt ingevoerd voor diabeteszorg en CVR blijven de schotten tussen de eerste en tweede lijn, verzekerde en niet-verzekerde zorg en Zvw en andere wetten grotendeels in stand. Daarom is als harde randvoorwaarde voor invoering van deze vorm van integrale bekostiging per 1 januari 2011 gesteld dat het zwaartepunt van de (volgens de zorgstandaard benodigde) zorg kan liggen in de eerste lijn en onderdeel is van het basispakket Zvw. Dit betekent dat ook aan de voorwaarde kan zijn voldaan als in de huidige situatie het zwaartepunt van de zorg niet in de eerste lijn ligt, maar er wel ruimte lijkt voor substitutie (zonder zorginhoudelijke belemmeringen) waardoor het zwaartepunt uiteindelijk wel in de eerste lijn kan komen te liggen.

Als het zwaartepunt van de zorg niet ligt in het verzekerd pakket van de Zvw kan toch aan deze voorwaarde worden voldaan als er voldoende mogelijkheden zijn om deze zorg toch op te nemen in de prestatie, dan wel tot een goede afstemming te komen tussen de benodigde zorg binnen en buiten de prestatie. Een mogelijkheid is om hiervoor aan te sluiten bij de declaratievoorschriften zoals ze zijn opgesteld voor de beleidsregel prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Daar is gekozen voor twee vergoedingscomponenten (basiszorg en aanvullende zorg) waaruit het vrije tarief voor de prestatie bestaat, met twee mogelijkheden voor declaratie van de component die niet onder de basiszorg valt: via declaratie door de hoofdcontractant, of onafhankelijk daarvan op basis van al bestaande wet- en regelgeving (consulten, zittingen, etc.).

De ervaringen in 2010 met diabeteszorg en CVR moeten uitwijzen of deze mogelijkheid voldoende werkbaar is in situaties waarbij een groter deel van de benodigde zorg niet onder het verzekerd pakket Zvw valt.

Zwaartepunt zorg kan liggen in eerste lijn en basispakket Zvw?

Aandoening	Bevindingen	Conclusie?
Artrose	<ul style="list-style-type: none"> - Bij de ontwikkeling van de zorgstandaard is de aandacht er eerst op gericht om de behandel mogelijkheden in de 1^e lijn zoveel mogelijk te benutten en zo een gewrichtsvervangende operatie te voorkomen of uit te stellen. - Niet alle zorg waar behoefte aan lijkt te zijn zit in basispakket Zvw (artrose staat bijvoorbeeld niet op chronische lijst voor fysiotherapie, geen vergoeding voor glucosamine, braces en zalven die pijn bestrijden en ontstekingen remmen. - Bekostiging van de zorg komt uit Zvw, AWBZ en WMO. 	✓ ¹
Astma	<ul style="list-style-type: none"> - Groot deel van de behandeling betreft medicijnen welke niet binnen de prestatie vallen. Ook de hulpmiddelen zijn van een grote orde bij deze aandoening (inhalators, allergiewerende hozen, etcetera) maar vallen voor een groot deel niet in het basispakket. - Milde aandoening en aanvallen worden veelal in de eerste lijn behandeld. 	X
CVA	<ul style="list-style-type: none"> - Bekostiging van de zorg komt uit Zvw, AWBZ en WMO, het merendeel van de zorg wordt uit de AWBZ betaald - Grootste deel van de benodigde zorg ligt in de verplegingszorg en in de tweede lijn. 	X
Dementie	<ul style="list-style-type: none"> - Bekostiging van de zorg komt uit Zvw, AWBZ en WMO, het merendeel van de zorg wordt uit de AWBZ betaald - Behandeling vindt veelal plaats in de tweede lijn. 	X
Depressie	<ul style="list-style-type: none"> - Behandeling van de veel voorkomende lichtere depressies vindt voornamelijk plaats in 1^e lijn. Bij zwaardere depressies meer tweedelijns zorg nodig. - Zwaartepunt behandeling ligt in basispakket Zvw (preventieve therapieën zitten sinds 2008 in basispakket, evenals eerste 8 sessies met psycholoog). 	✓ ¹
Obesitas	<ul style="list-style-type: none"> - Behandeling obesitas ligt voor grootste deel in eerste lijn. - Groot deel van deze eerstelijns zorg valt buiten basispakket Zvw (bijvoorbeeld bewegingstherapieën en begeleiding van leefstijlinterventies). 	✓ ¹

¹ Mits bevredigende oplossing beschikbaar is voor afstemming met zorg buiten eerste lijn en/of basispakket Zvw

De conclusie bij de tweede harde randvoorwaarde is dat artrose, depressie en obesitas voldoen aan deze voorwaarde, *mits*, met name bij artrose en obesitas, een bevredigende oplossing beschikbaar is voor afstemming met zorg buiten de eerste lijn en/of het basispakket Zvw.

Invoering integrale bekostiging per 1 januari 2011 uitvoerbaar?

De laatste, maar niet minder noodzakelijke, harde randvoorwaarde is of invoering van integrale bekostiging per 1 januari 2011 voldoende uitvoerbaar is. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de mogelijkheden om de beleidsregels (en eventueel benodigde aanpassingen in wet- en regelgeving) tijdig gereed te hebben en de mogelijkheden voor partijen om de nieuwe regelgeving tijdig te implementeren.

Bij deze randvoorwaarde heeft de beoordeling niet plaatsgevonden op het niveau van specifieke vormen van integrale zorgverlening. De NZa signaleert wat betreft de uitvoerbaarheid namelijk een aantal zaken die in algemene zin de uitbreiding van de integrale bekostiging met nieuwe zorgvormen negatief beïnvloeden:

- Het is wenselijk eerst meer ervaring op te doen met de huidige ketens. Er zijn meerdere vraagstukken waarvoor in praktijk nog oplossingen moeten worden gevonden (zie bijvoorbeeld de 'mits' die is opgenomen in de conclusie bij de tweede harde randvoorwaarde). Als daaraan eerst wordt gewerkt bij de huidige ketens, kan daarvan gebruik worden gemaakt bij nieuwe ketenbekostiging
- Partijen hebben op dit moment hun handen vol aan het organiseren van de invoering van de huidige ketenbekostiging, en de ontwikkeling van nieuwe integrale zorgstandaarden en prestatie-indicatoren
- Om versnippering tegen te gaan kan het wenselijk zijn dat één ketenaanbieder meerdere ketens gecombineerd aanbiedt en uitvoert. Ketenzorgaanbieders lijken daar op dit moment nog niet aan toe te zijn.
- Het is wenselijk dat er eerst meer duidelijkheid ontstaat over de toekomst van de generalistische (huisartsen)zorg.

Op basis van bovenstaande concludeert de NZa dat de uitvoerbaarheid een duidelijk knelpunt is. Het is geen verplichting voor partijen om direct gebruik te maken van de integrale bekostiging als die per 1 januari 2011 zou worden ingevoerd voor een specifieke zorgvorm. Toch kan uitbreiding van de integrale bekostiging per 1 januari 2011 leiden tot een onnodige extra belasting van partijen die nu druk bezig zijn met invoering van de integrale bekostiging voor de tot nu toe aangewezen zorgvormen. Ook kan het worden opgevat als een signaal dat de ervaringen en nieuwe ontwikkelingen in het kader van deze zorgvormen, en nog lopende experimenten met andere zorgvormen, onvoldoende zullen worden afgewacht. De NZa is daarom van mening dat invoering van integrale bekostiging voor extra ketens niet uitvoerbaar is per 1 januari 2011.

Conclusie zeef 2:

De toepassing van de criteria in de tweede zeef leidt tot de conclusie dat het voor de onderzochte vormen van integrale zorgverlening niet zinvol lijkt om verder te onderzoeken of integrale bekostiging daarvan wenselijk is.

Deze conclusie stoelt op de bevinding dat voor astma, CVA en dementie naar verwachting geen zorgstandaard aanwezig zal zijn per 1 januari 2011¹³. Ook de tweede randvoorwaarde die bepaalt dat het

¹³ Voor de invulling en afbakening van de prestatie, en voor een aantal aspecten in zeef 3, is het van belang dat voorafgaand aan het invoeren van integrale bekostiging voldoende duidelijkheid is ontstaan over de inhoud van de zorgstandaard. Voor invoering in januari 2011 is deze informatie al in midden 2010 nodig

zwaartepunt van de zorg in de eerste lijn en in het basispakket moet zitten wordt bij astma, CVA en dementie niet voldaan. Voor artrose, depressie en obesitas wordt alleen aan deze randvoorwaarde voldaan als er een bevredigende oplossing beschikbaar is voor afstemming met zorg buiten eerste lijn en/of basispakket Zvw.

De mogelijkheid van twee vergoedingscomponenten kan echter in de uitvoering leiden tot nieuwe knelpunten. Om deze knelpunten goed in te schatten moet ervaring worden opgedaan met de integrale bekostiging van diabeteszorg en CVR. De derde randvoorwaarde betreft de uitvoerbaarheid per 1 januari 2011. Om verschillende redenen blijkt dit duidelijk een knelpunt. In combinatie met de overige randvoorwaarden beveelt de NZa daarom aan om geen nieuwe ketens per 1 januari in te voeren.

Voortzetting huidige ketenzorg

Het niet invoeren van integrale bekostiging per 1 januari 2011 zou als ongewenste consequentie kunnen hebben dat het de voortgang van integrale zorgverlening bij 'voorlopers' belemmert. In het verlengde van bovengenoemde conclusie is de NZa daarom – voor die zorgvormen waarbij wel is voldaan aan de overige harde randvoorwaarden (artrose, depressie en obesitas) – nagegaan of dit het geval is en, zo ja, welke oplossingsrichtingen hierbij mogelijk zijn. Dit zou met name kunnen gelden voor zorgvormen waarvoor al langer experimenten of proefprojecten lopen, en waarvoor na 1 januari 2011 geen tijdelijke bekostigingsmogelijkheden meer ter beschikking staan.

Als er nog mogelijkheden zijn om experimenten tijdelijk te bekostigen op basis van bijvoorbeeld de beleidsregel Innovatie, of de beleidsregel Ketenzorg Dementie, dan biedt dat de mogelijkheid om op die manier nog (extra) ervaring op te doen met de integrale bekostiging, alvorens te besluiten over structurele invoering daarvan.

Naast de tijdelijke bekostigingsmogelijkheden op basis van beleidsregels van de NZa kan overigens in de experimenteerfase ook gebruik worden gemaakt van subsidies. ZonMw start bijvoorbeeld in 2010 met het programma 'Op één lijn'. In dit programma worden nieuwe kansen geboden aan bestaande en nieuwe samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Het programma draagt met name bij aan een organisatorische versterking van de eerste lijn, waardoor in de toekomst de zorg nabij huis beter is afgestemd op de zorgvraag van de lokale bevolking. In dit programma is specifiek aandacht voor de diagnosegroepen die ook in dit onderdeel van de uitvoeringstoets worden besproken zoals depressie, dementie en artrose.

Is voortzetting zorg experimenten integrale zorgverlening te waarborgen zonder invoering integrale bekostiging per 1 januari 2011?

Aandoening	Bevindingen	Conclusie?
Artrose	Voor artrose zijn bij de NZa geen experimenten bekend voor integrale zorgverlening voor artrose. De mogelijkheid staat hierdoor nog open om met behulp van de beleidsregel innovatie een experiment te starten. Verder valt artrose onder de reikwijdte van het programma 'op één lijn' van ZonMW waardoor ook hier mogelijkheden zijn om integrale zorgverlening aan te bieden en te laten bekostigen.	✓
Depressie	Vanaf 2007 zijn er 'doorbraakprojecten' gestart. De looptijd van deze projecten is een jaar. De laatste lichting projecten zal eind 2010 aflopen. Binnen de projecten vindt de bekostiging van de samenwerking voor de huisarts plaats via de module M&I, de overige disciplines krijgen via een subsidie betaald. Na afloop van een project wordt de integrale zorgverlening veelal doorgezet binnen de reguliere bekostiging. Knelpunt daarbij is de bekostiging van andere disciplines dan de huisarts (met name ook voor disciplines die onder de WMO vallen. Voor de 'zorgdisciplines' zijn verzekeraars deels bereid opslagen te betalen). De mogelijkheden voor tijdelijke bekostiging via de beleidsregel Innovatie zijn nog niet benut	✓
Obesitas	Onder de beleidsregel Innovatie zijn tot nu toe twee experimenten gestart die betrekking hebben op integrale zorg voor obesitas. Een van deze experimenten loopt af per 1 januari 2010. In de aanwijzing van de Minister van VWS die ten grondslag ligt aan de beleidsregel Innovatie, is de maximale experimenteerperiode van drie jaar vastgelegd. Er is geen verlengingsmogelijkheid voor deze experimenten. De NZa heeft echter wel de mogelijkheid om de gevolgen van een experiment geheel of gedeeltelijk in stand te laten tot het einde van het boekjaar volgend op het boekjaar waarin het experiment is geëindigd. Deze mogelijkheid staat beschreven in art. 58, lid 5 van de Wmg. De NZa heeft in december 2009 besloten om op basis van dit artikel de innovatieve zorgprestatie obesitas gedurende het boekjaar 2010 in stand te laten. Hierdoor wordt een soepele overgang van experimentele naar reguliere bekostiging gewaarborgd.	X

Zoals in bovenstaande tabel wordt aangegeven blijkt dat er voor artrose en depressie nog voldoende mogelijkheden bestaan om via de beleidsregel innovatie integrale zorgverlening te bieden. De tijd die deze beleidsregel biedt (3 jaar) is mogelijkwjs voldoende voor het veld om aan de harde randvoorwaarden van het bestaan van een zorgstandaard te voldoen. Ook geeft deze tijd de ruimte aan de overheid en eventueel de NZa om oplossingen te bedenken voor de knelpunten als multimorbiditeit en de vele schotten binnen de betreffende zorg.

Bij de aandoening obesitas bestaat het risico dat de koplopers benadeeld worden. Voor de experimenten die aflopen per 1 januari 2010 wordt onderzocht wat de mogelijkheden voor 2010 zijn, uitsluitend hierover volgt spoedig. Indien het onderzoek uitwijst dat de experimenten nog gedurende een jaar in stand gehouden kunnen worden, dient er gedurende deze overgangperiode wel een oplossing gevonden te worden voor de nodige bekostiging na dat jaar.

4.3.4 Zeef 3: afwegingscriteria om nieuwe ketens toe te voegen

Geen van de bekeken aandoeningen voldoet aan alle gestelde randvoorwaarden. Als wel aan de harde randvoorwaarden is voldaan, is het echter geen automatisme om integrale bekostiging in te voeren. In de derde zeef vindt een afweging van voor- en nadelen en risico's plaats om te bepalen of invoering van integrale bekostiging de integrale zorgverlening voor de betreffende keten daadwerkelijk zal bevorderen. De focus ligt op de effecten van integrale bekostiging op de kwaliteit, toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. Deze zeef wordt echter pas gebruikt op het moment dat duidelijk is vanaf welk moment de harde randvoorwaarden voor bepaalde ketens wel vervuld zullen zijn. Dit uitstel biedt ook de mogelijkheid om de voor- en nadelen beter in te schatten op basis van opgedane ervaringen. Een goede monitoring en

evaluatie van de huidige invoering zijn daarvoor van groot belang, evenals de resultaten van lopende experimenten.

Bij de afweging in zeef 3 zal de NZa per keten aandacht besteden aan de specifieke omstandigheden die beïnvloeden welke voor- en nadelen naar verwachting meer of juist minder te verwachten zijn. Specifieke aandachtspunten zijn bijvoorbeeld:

- *Kwaliteit/toegankelijkheid*: In hoeverre is het voor deze ketenzorg te verwachten dat door invoering van integrale bekostiging belemmeringen voor samenwerking worden weggenomen en/of een sterke stimulans wordt gegeven aan integrale zorgverlening (zorg rond patiënt, multidisciplinaire samenwerking, regie, verbetering doorlooptijden, etc.)?
- *Toegankelijkheid/betaalbaarheid*: In hoeverre is voor deze ketenzorg substitutie van 2^e naar 1^e lijn nodig en wenselijk?
- *Betaalbaarheid*: In hoeverre zijn voor deze ketenzorg duidelijke kostenbesparingen te verwachten (op langere termijn) door voorkomen complicaties, vermindering dubbele bekostiging, etc.?
- *Uitvoerbaarheid*: In hoeverre is voor deze ketenzorg sprake van 'grensoverschrijdende zorg' (lijnen, wetten, pakketten), die het maken van afspraken over de ketenprestatie gecompliceerd maakt?
- *Toegankelijkheid*: In hoeverre zijn voor deze ketenzorg voldoende mogelijkheden tot toetreding en het vervullen van de regisseursrol door verschillende disciplines?
- *Kwaliteit/betaalbaarheid*: In hoeverre is voor deze ketenzorg voldoende transparantie mogelijk voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten?
- *Kwaliteit/toegankelijkheid*: In hoeverre is er voor deze ketenzorg voldoende zelfredzaamheid en/of zijn er voldoende ondersteuningsmogelijkheden patiënten?
- *Uitvoerbaarheid*: In hoeverre is er voldoende draagvlak voor invoering van integrale bekostiging, tijdige aanpassing van beleidsregels en technische invulling prestaties mogelijk, etc.?

4.4 Conclusie

De NZa adviseert om geen nieuwe ketenbekostiging in te voeren per 1 januari 2011.

Zij baseert dit advies op de volgende overwegingen:

- Voor astma, CVA en dementie is het niet de verwachting dat daarvoor tijdig zorgstandaarden gereed kunnen zijn. Voor artrose, depressie en obesitas zijn de voorbereidingen in een verdere fase. Het opent dat huisartsen en medisch specialisten creëren kan er mogelijk toe leiden dat voor deze aandoeningen de zorgstandaard eveneens niet tijdig gereed is. Voor astma, CVA en dementie geldt verder dat het zwaartepunt van de benodigde zorg niet in de 1^e lijn ligt of kan liggen en/of in het verzekerd pakket van de Zvw. Het is nog onvoldoende duidelijk in hoeverre op korte termijn voldoende bevredigende oplossingen kunnen worden gevonden voor de benodigde afstemming tussen de verschillende 'lijnen', wetten en verzekeringsonderdelen.
- De uitvoerbaarheid vormt een duidelijk knelpunt voor iedere uitbreiding van de integrale bekostiging. Uitstel van de uitbreiding biedt de gelegenheid om ervaring op te doen met de eerste invulling van de ketenbekostiging, lopende experimenten, en oplossingen te vinden voor gesignaleerde vraagstukken.
- De NZa heeft geconstateerd dat, voor de ketens die mogelijk kunnen voldoen aan de overige harde randvoorwaarden, er nog voldoende mogelijkheden lijken te zijn voor bekostiging van de ketenzorg binnen de huidige bekostigingsmogelijkheden. Een knelpunt dat wordt

geconstateerd betreft de experimenten voor ketenzorg obesitas die onder de beleidsregel innovatie vallen en binnenkort aflopen. De NZa heeft in december 2009 besloten om op basis van art. 58, lid 5 van de Wmg de innovatieve zorgprestatie obesitas gedurende het boekjaar 2010 in stand te laten. Hierdoor wordt een soepele overgang van experimentele naar reguliere bekostiging gewaarborgd.

Een afweging van voor- en nadelen en risico's van de invoering van integrale bekostiging per keten (zeef 3) heeft nog niet plaatsgevonden. De NZa zal dit doen op het moment dat duidelijk is dat de harde randvoorwaarden voor de betreffende ketens wel vervuld zullen zijn.

Dit uitstel biedt de mogelijkheid om de voor- en nadelen beter in te schatten op basis van opgedane ervaringen. Een goede monitoring en evaluatie van de huidige invoering zijn daarvoor van groot belang, evenals de resultaten van lopende experimenten.

Bijlage A. Definities

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), eerstelijns diagnostiek, verloskundige zorg, gespecialiseerde verpleegkundige zorg, farmaceutische zorg, en generalistische zorg houding en beweging.

Generalistische huisartsenzorg

In dit document wordt deze term gebruikt om 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 elk 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 zorgaanbod¹⁴.

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.¹⁵

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 gaat over de zorg die, uit 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.

Keten-dbc's

Per 1 januari 2010 wordt daarnaast de beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorg voor chronische aandoeningen ingevoerd voor diabeteszorg en CVR. Zorgverzekeraar en zorggroep kunnen op grond

¹⁴ Bron: CV-7000-3.0.-2

¹⁵ Bron: CV-7000-3.0.-2

van deze beleidsregels één, vrij onderhandelbaar, tarief afspreken voor de totale zorg ten aanzien van een bepaalde aandoening, de zogeheten 'keten-dbc'.

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 zorgaanbieders¹⁶.

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.

¹⁶ Bron: Beleidsregel CU-001

Bijlage B. Geraadpleegde literatuur

- CBO (2007). *Concept richtlijn diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen*. In opdracht van de Orde van Medisch specialisten en de Nederlandse Hartstichting
- Cools, H.J.M. (2005). Stroke-services toenemend effectief. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*;149:2321-3
- CVZ (2008). *Preventie van depressie; verzekerde zorg?* In opdracht van het ministerie van VWS; 264, Diemen
- CVZ (2009). *Pakketadvies 2009*. In opdracht van het ministerie van VWS; 274, Diemen
- CVZ (2009). *Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw*. In opdracht van de NZa, Diemen.
- Gezondheidsraad (2002). Dementie. publicatie nr. 2002/04, Den Haag.
- GIP-databank (2009). Kosten per geneesmiddelengroep per gebruiker. Gevonden op www.gipdatabank.nl op 2 september 2009.
- Meeuwissen, J.A.C., Boomstra, R. en Henkelman, A.L.C.M. (2007). *Naar een Zorgstandaard Depressie; checklists depressiezorg voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars*. Depressie initiatief, Trimbos Instituut, Utrecht
- Nictiz (2003). *Presentatie van een CVA-keteninformatiesysteem*. Project informatisering CVA-ketenzorg.
- NZa (2009). Beleidsregel CA-356: 'Ketenzorg Dementie'. Utrecht
- NZa (2009). Beleidsregel CI-1105/CA-363: 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg'. Utrecht.
- NZa (2009). Beleidsregel CV-7000-5.0.-1: 'Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, CVR)'. Utrecht
- NZa (2009). *Visiedocument Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen; Diabetes, COPD, cardiovasculair risicomangement en hartfalen*. Utrecht.
- Struijs, J.N., Till, J.T. van, en Baan, C.A. (2009). *Experimenteren met de keten-dbc diabetes; de eerste zichtbare effecten*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.
- Trimbos Instituut (2005). *Multidisciplinaire Richtlijn Depressie*, Utrecht.
- Tweede kamer der Staten Generaal (2009). *Acute zorg*. Vergaderjaar 2009-2010; 29 247, nr. 108, Den Haag.
- Vrijhoef, H.J.M., Steuten, L.M.G. (2006). Innovatieve zorgconcepten op een rij; Ketenzorg. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*; 84(4): 257-8.

VWS (2009). *Ruimte en Rekenschap voor zorg en ondersteuning*. 9 juli 2009. MC-U-2941595, Den Haag.

VWS (2009). *Toegezegde brief n.a.v. debat Eerstelijnszorg d.d. 30 september*. CZ/EKZ-2961273, Den Haag.

VWS, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ (2009). *Leidraad Ketenzorg Dementie; een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie*

ZonMW (2009). *Op één lijn; meer gezondheid en participatie door sterke organisatie van zorg dicht bij huis*. Den Haag.

ZonMW (2009). *Standaard voor zorgstandaarden; een tussentijds rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronisch zieken*. Coördinatieplatform Zorgstandaarden, ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten, Den Haag.

Geraadpleegde websites

www.stichtingbeyaert.nl

www.rivm.nl

www.zorgatlas.nl