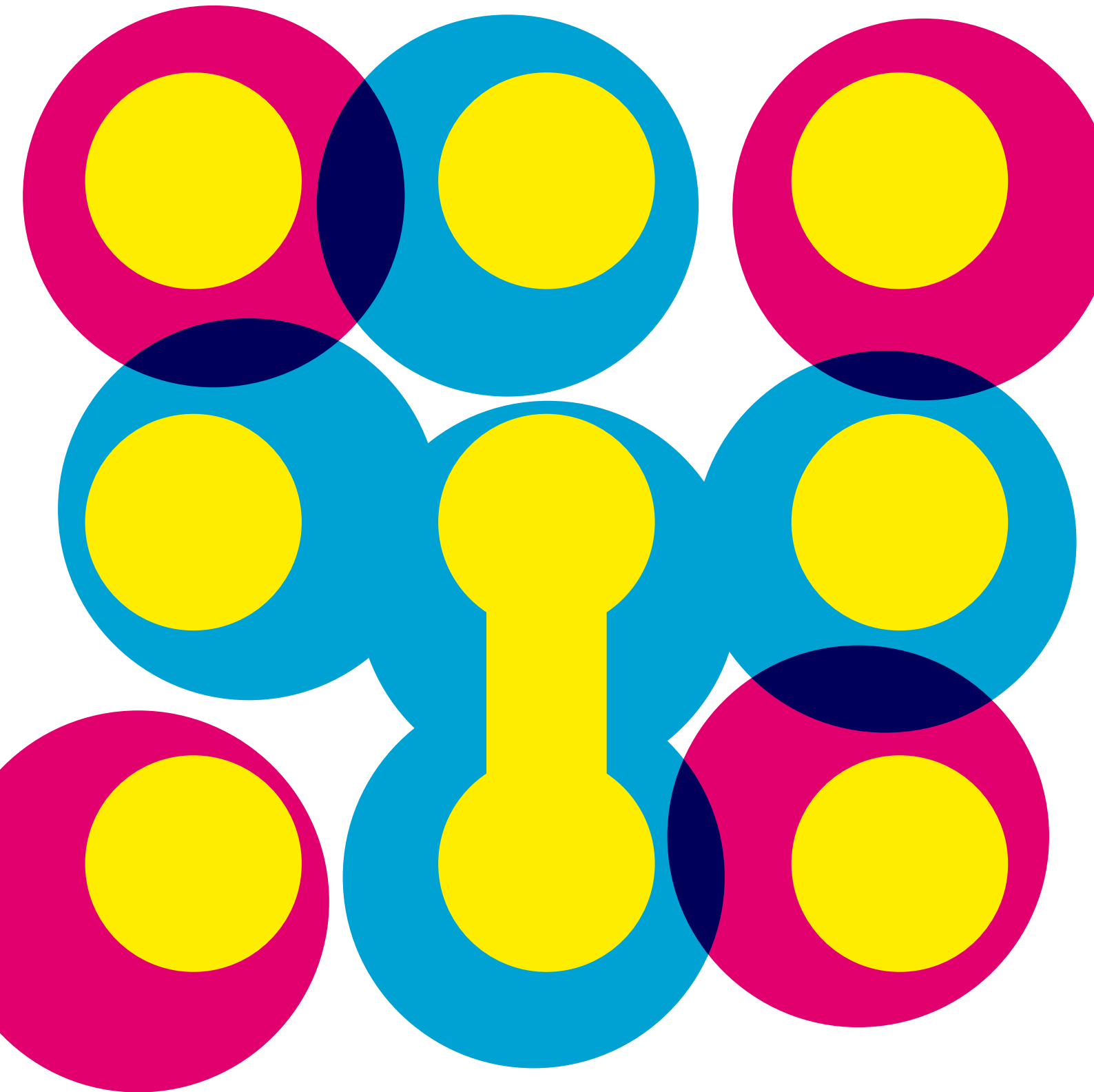


Monitoring Integrale Bekostiging  
Zorg voor Chronisch Zieken

**Evaluatiekader**



Evaluatiecommissie  
Integrale Bekostiging



Monitoring Integrale Bekostiging  
Zorg voor Chronisch Zieken

## **Evaluatiekader**

Januari 2011

**Colofon**

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

**Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging**

Postbus 93245  
2509 AE Den Haag  
Telefoon 070 349 52 24  
eib@zonmw.nl

**Ontwerp**

Baron von Fontheusen (Jacques Le Bailly)

**Fotografie**

Zorg in Beeld (Frank Muller)

## 1 Inleiding

Met ingang van januari 2010 wordt integrale bekostiging van de zorg voor chronisch zieken stapsgewijs ingevoerd, eerst voor diabetes mellitus en vasculair risicomanagement gevolgd door COPD en hartfalen. De periode 2010 tot en met 2012 wordt als een overgangperiode gezien. Minister Klink heeft een evaluatiecommissie ingesteld die de ontwikkeling rond integrale bekostiging tijdens de overgangperiode dient te monitoren en aan het eind van die periode aan de minister zal adviseren of voldoende aan de ‘randvoorwaarden’ is voldaan om de overgangperiode te beëindigen.

De hoofdvragen waar de commissie een antwoord op tracht te geven zijn de volgende:

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

In deze notitie wordt de evaluatieopzet verder inhoudelijk uitgewerkt. Dit mondt uit in een uitgewerkte vraagstelling. Deze uitgewerkte vraagstelling is leidend voor het begeleidend onderzoek dat zal worden uitgevoerd door het RIVM. Dat onderzoek zal deels bestaan uit het inventariseren, analyseren en beschrijven van reeds plaatsvindend onderzoek, voor een deel vinden aanvullende gegevensverzamelingen plaats.

## 2 Achtergrond

### Aanleiding

Met ingang van januari 2010 heeft minister Klink de eerste stappen gezet op weg naar integrale bekostiging van de zorg voor chronisch zieken. Om ervaring op te doen met deze vorm van bekostiging is de integrale bekostiging allereerst gefaseerd ingevoerd voor de zorg van patiënten met diabetes mellitus en cardiovasculair risicomanagement (CVRM per 1 januari 2010), COPD (per 1 juli 2010). Bij cardiovasculair risicomanagement betreft de zorgstandaard overigens al het vasculair risicomanagement (VRM). Voor andere aandoeningen, zoals hartfalen, zijn zorgstandaarden in voorbereiding en kan eventueel later besloten worden om deze op te nemen in de integrale bekostiging. Uitgangspunt van het beleid is dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd en niet de patiënt rond de zorg. Bij integrale bekostiging is één hoofdcontractant verantwoordelijk voor het totale zorgpakket van de patiënt met betrekking tot de specifieke ziekte. Die hoofdcontractant kan, maar hoeft zelf geen zorgverlener te zijn, als de zorg zelf maar verleend wordt met daartoe bekwame, gesubcontracteerde zorgverleners. Integrale bekostiging beoogt de multidisciplinaire samenwerking te versterken en daardoor bij te dragen aan het realiseren van gezondheidswinst voor chronische patiënten, en aan de betaalbaarheid van de zorg. Op dit moment kunnen verschillende zorgverleners dezelfde zorg leveren en declareren. Met het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking wordt beoogd de versnippering van zorg voor chronisch patiënten tegen te gaan en daarmee de kwaliteit te verbeteren. Integrale bekostiging wordt per 01-01-2010 ingevoerd voor diabetes en VRM. Echter, voor deze patiënten kan in 2010 ook nog steeds op basis van geleverde zorg worden gedeclareerd. Het zorgpakket dat binnen de integrale bekostiging aangeboden dient te worden, wordt afgeleid uit zorgstandaarden. Op dit moment is er een zorgstandaard voor diabetes, VRM en COPD. Voor hartfalen is deze in ontwikkeling.

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

Het reguliere systeem van financiering van de eerstelijnsgezondheidszorg is namelijk niet goed toegesneden op het bieden van samenhangende ketenzorg voor chronisch zieken. De financiering van de eerstelijnsgezondheidszorg is daarin per discipline georganiseerd en wordt ook per discipline door verzekeraars gecontracteerd. Er zijn zodanige schotten tussen de financiering van de eerstelijnsgezondheidszorg en de tweedelijnsgezondheidszorg dat een goede samenwerking wordt belemmerd. Juist voor chronisch zieken die vaak zowel gebruik maken van eerste als van tweedelijnsgezondheidszorg werken die schotten en die versnippering belemmerend. Van de chronisch zieken heeft 89% contact met meer dan één zorgverlener en 23% zelfs met zes of meer, vaak zowel uit de eerste als de tweede lijn (Van Dijk et al, 2009). De vereveningssystematiek tussen zorgverzekeraars belemmert voorts dat besparingen in de tweede lijn als gevolg van extra investeringen in de eerste lijn en dientengevolge substitutie van zorg kunnen worden 'verzilverd'.

De experimentele invoering van keten-dbc's voor diabetes leidde tot bemoedigende resultaten ook al konden effecten op de uitkomsten van de zorg niet worden aangetoond (Struijs et al, 2009). Vooruitlopend op de integrale bekostiging (en gebruikmakend van reeds bestaande financieringsregelingen voor samenhangende zorg zoals de keten-dbc) zijn zogenoemde zorggroepen ontstaan. Zorggroepen zijn organisaties (van overwegend eerstelijnszorgaanbieders) die met zorgverzekeraars contracten sluiten om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren met als doelstelling de kwaliteit van zorg te verbeteren (De Wildt, Leusink, 2008). Vaak zijn het groepen huisartsen die sterk variëren in grootte rond het gemiddelde van 80. Zij werpen zich op als hoofdcontractant en subcontracteren andere disciplines (zoals bijvoorbeeld fysiotherapeuten), die zich op hun beurt ook organiseren in groepen. Er zijn in Nederland inmiddels zo'n 100 zorggroepen.

### **Pakket van maatregelen voor integrale bekostiging**

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

### **Regelgeving NZa**

Beleidsregel CV-7000-5.0-1 (en opvolgende beleidsregels) beschrijft de prestaties voor multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Inhoudelijk basis zijn de vastgestelde zorgstandaarden. De tarieven zijn vrij onderhandelbaar. Zorgaanbieders en verzekeraars zijn vrij om contracten aan te gaan volgens deze beleidsregel of te kiezen voor bestaande vormen van bekostiging. Contracten worden afgesloten met hoofdcontractanten die desgewenst onderdelen van de zorg kunnen subcontracteren. Het is echter de hoofdcontractant die declareert bij de zorgverzekeraar.

Als wordt gedeclareerd volgens deze beleidsregel kan voor de 'gewone' huisartsenconsulten voor de betreffende patiëntengroepen geen consulttarief worden gedeclareerd. Ook kan dan niet meer worden gedeclareerd in het kader van eerdere beleidsregels voor innovatiemogelijkheden. Tenslotte is het ook niet mogelijk om voor één patiënt zorg in het kader van beide beleidsregels te contracteren.

Daarnaast zijn er aparte regelingen voor:

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

### **Zorgstandaarden**

De inhoudelijke 'onderlegger' voor de invoering van integrale bekostiging zijn de zorgstandaarden. Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden stimuleert de totstandkoming van zorgstandaarden volgens een uniform model. Een zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg, ook inhoudende de ondersteuning bij zelfmanagement, voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante prestatie-indicatoren (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, februari 2009). De zorgstandaarden worden ontwikkeld en gedragen door de bij de betreffende aandoening relevante zorgaanbieders en patiëntenorganisaties.

### Een zorgstandaard voor een chronische aandoening:

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

*(Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2009)*

Uitgangspunt van de formulering van Zorgstandaarden is het zogenoemde chronic care-model van Wagner (Vrijhoef et al, 2001). In dit model speelt zelfmanagement van de patiënt een belangrijke rol.

Daarnaast worden bijvoorbeeld ook nog maatregelen op het vlak van ICT genomen om te faciliteren dat kan worden vastgelegd hoe de zorg wordt verleend, dat kan worden gedeclareerd en worden verantwoord.

## 3 Evaluatiecommissie

Om te borgen dat wordt voldaan aan de randvoorwaarden is de minister door de Tweede Kamer gevraagd een evaluatiecommissie in te stellen.

De commissie heeft twee taken (Ministerie van VWS, 2010):

- 1 Het monitoren van de ontwikkelingen rond integrale bekostiging met de vragen in hoeverre aan de randvoorwaarden is voldaan en in hoeverre de beoogde effecten optreden. Periodiek (jaarlijks) dient daarover aan de Tweede Kamer gerapporteerd te worden.
- 2 Na afloop van de driejaarsperiode adviseren aan de Tweede Kamer of de overgangperiode kan worden beëindigd in de zin dat aan de randvoorwaarden is 'voldaan'.



Ten aanzien van de te realiseren 'randvoorwaarden' noemt de minister in haar brief aan de kamer 'uiteenlopende zaken als helderheid over wat er in de keten valt en wat niet, een goed geborgd proces van zorgstandaardenontwikkeling en het vraagstuk van de marktmacht op de zorgaanbiedersmarkt voor ketenzorg'.

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

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

De brief geeft nog enkele aanvullende aandachtspunten:

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

De commissie zal, volgens de brief van evaluatiedata worden voorzien om adequaat haar rol te vervullen. Genoemd worden eigen constatering/onderzoeksgegevens van commissieleden,

prestatie-indicatoren van VWS, rapportages van de NZa, rapportages van een expliciet hiervoor ingesteld evaluatieonderzoek, waarbij wordt aangesloten bij de programma's Diseasemanagement chronische ziekten en Op één lijn van ZonMw.

De commissie zal jaarlijks rapporteren.

## 4 Interpretatie van de opdracht

Voor de invulling van de taak van de commissie en het ten behoeve van de commissie te entameren onderzoek is het van belang dat de opdracht van de commissie eenduidig wordt geïnterpreteerd en dat de begrippen helder zijn. Van daaruit kan een samenhangend evaluatiekader worden geformuleerd, waar de te beantwoorden onderzoeksvragen logisch uit voortvloeien.

Voor de helderheid is het in de eerste plaats van belang om het verschil te beklemtonen tussen ketenzorg en integrale bekostiging als middel om ketenzorg te bewerkstelligen. Goede ketenzorg kan in principe ook worden verleend zonder integrale bekostiging en anderzijds hoeft integrale bekostiging niet per definitie te leiden tot betere ketenzorg. De taakopdracht van de commissie richt zich op het instrument integrale bekostiging dat als doel heeft om een betere ketenzorg te bewerkstelligen.

Verder is het van belang te expliciteren wat wij onder randvoorwaarden verstaan. De commissie dient aan het eind advies uit te brengen of afdoende aan de randvoorwaarden is voldaan om de overgangsregeling te laten vervallen. Daarnaast dient de commissie echter het potentiële effect voor de patiënt centraal te zetten en naar eventuele (on)gewenste bijeffecten te kijken. Daarmee hebben we alle ingrediënten van een klassiek evaluatieonderzoek waarin wordt gekeken of de beoogde effecten worden gehaald, of de beoogde middelen worden ingezet en inderdaad bijdragen aan het bereiken van het beoogde effecten en of zij leiden tot al dan niet gewenste neveneffecten. Onder afdoende aan de 'randvoorwaarden voldaan zijn' verstaan we dus dat het ingezette instrumentarium zodanig is uitgekristalliseerd dat verwacht kan worden dat de beoogde hoofdeffecten worden bereikt en negatieve bijeffecten uitblijven. Het gaat ons dus om de werking van het beleid. Vooraf bestaan gedachten over de wijze waarop door de ingezette middelen de beoogde effecten zullen worden bereikt. Dat wordt de beleidstheorie genoemd. Hieronder zullen wij die trachten te expliciteren voor de invoering van integrale bekostiging.

## 5 De beleidstheorie

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

### Treden de geplande effecten op?

De geplande effecten van het beleid zijn kwaliteitsverbetering en kostenreductie (ministerie van VWS, 2010). Uit literatuur is, zoals we eerder betoogden, bekend dat inzetten op betere samenwerking in de zorg (ketenzorg) kan leiden tot gezondheidswinst al zijn de positieve resultaten niet eenduidig en niet op alle uitkomstmaten en ziekten te vinden. Iets anders is de vraag of door het inzetten van het complex aan maatregelen per 1 januari 2010 deze beoogde effecten, kwaliteitswinst en kostenreductie, inderdaad zullen optreden. Er zijn verschillende redenen om de verwachtingen niet te hoog gespannen te laten zijn. In de eerste plaats komen de maatregelen rond integrale bekostiging niet uit het niets. Praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk zijn de afgelopen jaren op grote schaal en met succes ingezet om de controles van chronisch zieken (diabetespatiënten en in mindere mate hypertensiepatiënten en COPD-patiënten) op een systematischer wijze conform NHG-standaard te doen plaatsvinden (Van den Berg et al, 2003). Ten tweede zijn er de afgelopen jaren al verschillende financiële instrumenten ingezet. Er is een M&I-tarief voor intensieve diabetesbegeleiding dat huisartsen kunnen declareren als zij daarvoor een contract hebben met de zorgverzekeraar. Ook bestond de beleidsregel 'samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijns zorgproducten' (module GEZ) die het mogelijk maakt voor verzekeraars om samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn die een geïntegreerd zorgaanbod leveren te contracteren (NZa). Tenslotte is er in een tiental zorggroepen verspreid over Nederland het ZonMw-programma Diabetes Ketenzorg uitgevoerd waarin is geëxperimenteerd met keten-dbc's voor diabetes dat geëvalueerd is door het RIVM (Struijs et al, 2009). In die zin is de integrale bekostiging een verdere stap in reeds in eerder stadium ingezet beleid. Vraag is ook hoe snel het effect zal optreden. Het evaluatieonderzoek van keten-dbc's zag na één jaar experimenteren nog geen effect op patiëntuitkomsten (Struijs et al, 2009). Op procesindicatoren werd wel winst geboekt in de zin dat controles systematischer werden uitgevoerd al was er op het terrein van voet- en oogonderzoek nog wel ruimte voor verbetering. Een laatste punt van aandacht is de termijn waarop effecten kunnen worden verwacht van betere ketenzorg op bijvoorbeeld complicaties en daarmee kosten in de tweede lijn. De termijn waarop ketenzorg effect sorteert verschilt per aandoening en kan in bepaalde gevallen jaren duren. Binnen de termijn waarin de evaluatiecommissie haar werk doet (drie jaar, waarbij zij zich aan het eind zal moeten baseren op gegevens over de eerste twee invoeringsjaren) kunnen dus geen grote effecten worden verwacht.

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

### De geplande randvoorwaarden

De belangrijkste veronderstelling achter het beleid is dat het financieren van de zorg als samenhangend geheel met één contract op basis van een afgesproken standaard en een hoofdverantwoordelijke uitvoerder die anderen subcontracteert betere garanties biedt voor samenhangende zorg dan de huidige per discipline georganiseerde financiering. Op zich is dit een logische redenering. De tweede gedachte achter de werking van het beleid berust op het principe van gereguleerde marktwerking. Er is hierbij sprake van verschillende markten:

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

Op deze markten is een zodanige concurrentie (of in elk geval dreiging van concurrentie), zo is de veronderstelling, dat gunstige contracten in termen van prijs en/of kwaliteit kunnen worden

onderhandeld. Zij zijn ook onderling gerelateerd. Verzekeraars zullen pas genegen zijn contracten af te sluiten met hoofdcontractanten als zij verwachten daarmee een voordeel te halen in de markt voor zorgverzekerden, met andere woorden meer polissen te verkopen, dus tegen lagere premie of een hogere kwaliteit van zorg of tenminste de associatie daarmee. Hoofdcontractanten zullen pas genegen zijn contracten aan te gaan als hen dat voordeel oplevert ten opzichte van de oude situatie en als zij er in slagen subcontractanten te binden.

Om de markt te laten werken zijn diverse maatregelen genomen:

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

Het afsluiten van contracten is één ding, vervolgens is het natuurlijk de vraag in hoeverre de zorg inderdaad wordt uitgevoerd conform die contracten, of met andere woorden volgens de zorgstandaarden wordt gewerkt en of de beoogde samenwerking tussen zorgverleners inderdaad tot stand komt. Hierbij is een specifiek belangrijk element om het beleid te doen slagen het streven naar meer inbreng van de patiënt in de zorg c.q. zelfmanagement. Dit is onderdeel van het chronic care model en kan ook gezien worden als een randvoorwaarde om de hoofdeffecten van het beleid te doen slagen. Tenslotte is het de vraag in hoeverre dat ook transparant wordt gemaakt.

Deze maatregelen zijn deels nog in ontwikkeling en vraag is natuurlijk hoe zij in de praktijk zullen werken. Zo zijn de zorgstandaarden functioneel omschreven maar kunnen zorgverzekeraars praktisch gesproken nauwelijks om de rol van de huisarts heen (los van de vraag of dat wenselijk zou zijn). De transparantieregels zijn voorts op de tekentafel eenvoudig te formuleren. Om een en ander in de praktijk te laten werken dienen ICT-systemen te worden aangepast, dienen gesubcontracteerde zorgverleners te gaan registreren, dient een rapportagesystematiek te worden ontwikkeld en dan is nog maar de vraag of de beleidsmatige impact daarvan zodanig is dat de uitkomsten werkelijk een rol gaan spelen in de onderhandelingen tussen verzekeraars en zorggroepen.

Kortom, randvoorwaarden om het beleid te doen slagen zijn:

- dat geplande randvoorwaarden m.b.t. zorgstandaarden, ICT en regels inderdaad tot stand komen;
- dat inderdaad contracten worden afgesloten;
- dat er voldoende (dreiging) van concurrentie is dat zorgverzekeraars gunstige contracten kunnen sluiten in termen van kwaliteit en/of prijs;
- dat de beoogde zorgprocessen op gang komen (werken volgens zorgstandaarden en samenwerking tussen zorgverleners);
- dat de patiënt wordt betrokken bij de zorg en meer zelfmanagement plaatsvindt;
- dat de beoogde transparantie van de zorg wordt gerealiseerd.

### Neveneffecten

Wij benoemen hier als neveneffecten van het beleid alle niet vooraf geplande effecten die optreden als gevolg van het ingezette beleid. Soms is het onderscheid subtiel. De bekostigingsmaatregel zet bijvoorbeeld expliciet in op betere samenhang op het niveau van specifieke ziektecategorieën. Wijkgerichte samenhang en samenhang op het niveau van patiënten zouden hieronder kunnen lijden. Neveneffecten van het beleid, of zij nu gewenst of ongewenst zijn, zijn moeilijk te voorspellen. Neveneffecten waar iedereen voor gewaarschuwd heeft blijven soms uit terwijl andere effecten die niemand voorzien had optreden. Een aantal aandachtsgebieden zijn echter al wel te formuleren:

#### — *Effect op wijkgerichte samenhang in de zorg*

Wijkgerichte samenwerking tussen eerstelijnsgezondheidszorgdisciplines en samenhang in de zorg is beleid dat breed wordt gedragen zowel door de overheid als veldpartijen (LOVE, 2004). Het is een voorwaarde voor een goede samenwerking met andere wijkgericht werkende voorzieningen bijvoorbeeld op het gebied van wonen en zorg, de Wmo en public health. De ontwikkeling de laatste jaren is ook bemoedigend in de zin dat we zien dat het aantal multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn gestaag groeit (Hansen et al, 2010). Integrale bekostiging stimuleert multidisciplinaire samenwerking op het niveau van specifieke ziektecategorieën en zou hier dus verder aan kunnen bijdragen. Een positief neveneffect dus. Er wordt echter ook gewezen op het risico dat bestaande samenwerking wordt doorkruist. Zorggroepen zijn samenwerkingsverbanden die vaak op regionaal niveau opereren. Het voorbeeld dat hier vaak wordt gegeven is dat de diëtiste in een gezondheidscentrum haar baan verliest omdat de zorggroep waar de huisartsen in het centrum deel van uitmaken voor andere subcontractanten heeft gekozen of de diëtistvoorziening door een praktijkondersteuner laat geven. Dit kan ook gebeuren bij andere subcontractanten als bijvoorbeeld fysiotherapeuten of huisartsenlaboratoria.

#### — *Effect op patiëntgerichte samenhang in de zorg*

Eenzelfde soort redenering kan worden gevolgd ten aanzien van de samenhang in de zorg op patiëntniveau. Integrale bekostiging stuurt aan op samenhang in de zorg voor mensen met specifieke aandoeningen. Door Van Dijk et al (2009) wordt er echter op gewezen dat het overgrote deel van de patiënten met aandoeningen die integraal gaan worden bekostigd comorbiditeit hebben in de zin dat zij ook met andere aandoeningen bij de huisarts komen. Zij waarschuwen voor versnippering van de zorg. Daar kan tegenin gebracht worden of dat een voldoende argument is om bijvoorbeeld de zorg voor diabetes niet goed te regelen. Het is eerder een argument om de zorg voor de andere aandoeningen ook goed te regelen. Heel concreet wordt echter versnippering als de patiënt voor die ene aandoening naar een andere arts moet dan zijn reguliere huisarts, waardoor het overzicht verloren gaat. Dit is betrekkelijk onwaarschijnlijk. Minder onwaarschijnlijk is versnippering van de dossiers. Het EMD van de huisarts biedt op dit moment overzicht over het totaal van de zorg. Door de opkomst van ketenzorg en ten behoeve van de integrale bekostiging van de zorg zijn Keten Informatie Systemen (KIS) in gebruik die juist dat deel van de zorg specifiek ondersteunen. Zij zijn echter nog niet gekoppeld aan het huisartsdossier (laat staan aan dossiers van andere eerstelijnszorgverleners) waardoor de huisarts voor het dilemma staat van onvolledig zijn of dubbel invoeren.

#### — *Administratieve last*

Het laatste is al een voorbeeld van de administratieve last die een gevolg kan zijn van de invoering van integrale bekostiging. De introductie van integrale bekostiging veroorzaakt administratieve last aan de zijde van zorgverzekeraars en aanbieders. ICT-systemen moeten worden omgebouwd en zolang dat niet optimaal werkt betekent dat óf extra administratieve last óf suboptimaal werken van het systeem van transparantie. Die administratieve last zal aan het begin hoger zijn dan wanneer iedereen aan het systeem gewend is en de ICT goed faciliteert. De administratieve last kan echter de werking van het beleid (bv de transparantie) belemmeren. Daarom is het van belang daarop te monitoren.

### — Toegankelijkheid voor de patiënt

In de eerste plaats kan er sprake zijn van ongelijkheid in toegang als er voor specifieke groepen patiënten of in bepaalde regio's wel kwalitatief hoogwaardige ketenzorg volgens de zorgstandaard wordt geleverd en voor andere niet. Dat kan gebeuren doordat in bepaalde regio's wel contracten worden gesloten en in andere niet. Verder is het mogelijk dat zorgverleners risicoselectie toepassen, door bijvoorbeeld patiënten waarbij het moeilijker is goed te scoren op de afgesproken indicatoren buiten het zorgprogramma te houden. In de tweede plaats kunnen er effecten op de keuzevrijheid optreden van artsen of andere zorgverleners doordat er selectief wordt ge(sub)contracteerd. Ook kunnen financiële belemmeringen optreden in de vorm van eigen bijdragen/risico's.

### — Gevolgen voor de 'rest' van de zorg

De invoering van integrale bekostiging vraagt inspanning van alle betrokken partijen. De afgelopen jaren zien we ook dat los van de integrale bekostiging al veel in deze aandoeningen wordt geïnvesteerd. Zo zien we dat onder invloed van toegenomen aandacht voor screening de prevalentie van diabetes in de huisartsenpraktijk sinds 2002 met circa 30% is gestegen ([www.nivel.nl/linh](http://www.nivel.nl/linh)). Een fulltime werkende huisarts heeft een gemiddelde werkweek van 53 uur (Van den Berg et al, 2004). Gegeven de beperkte capaciteit kunnen er verdringingseffecten optreden. Aandacht voor het een kan ten koste gaan van aandacht voor andere aandoeningen, bijvoorbeeld tot uiting komen in een moeizamer toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk. Daarom is het van belang hierop te monitoren.

## 6 Vraagstelling

Uitgaand van het bovenomschreven evaluatiekader kunnen concrete vragen voor het onderzoek worden geformuleerd. Per vraag wordt aangegeven vanuit welk perspectief naar deze vraag wordt gekeken. Daarbij wordt uitgegaan van de volgende perspectieven: patiënt (p), hoofdcontractant/zorggroep (h), zorgverlener/subcontractant (z) en de verzekeraar (v):

- 1 In hoeverre worden de beoogde effecten van de invoering van integrale bekostiging van de zorg voor chronisch zieken gerealiseerd?**
  - 1a** In hoeverre treedt een verbetering op van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken? Dit afgemeten aan uitkomsten van de zorg (z) en de ervaring van de patiënt (p).
  - 1b** In hoeverre wordt kostenreductie gerealiseerd? Vindt substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg plaats? (v)
- 2 In hoeverre worden de beoogde randvoorwaarden om de invoering te doen werken gerealiseerd?**
  - 2a** In hoeverre komen de geplande regels en voorzieningen tot stand (zorgstandaarden, ICT, transparantieregels) (v, h, z)?
  - 2b** In hoeverre wordt gebruik gemaakt van de regelingen rond integrale bekostiging bij het contracteren van de zorg (v, h)?
  - 2c** In hoeverre werkt de (dreiging op) concurrentie zodanig dat qua prijs en kwaliteit gunstige contracten worden afgesloten (v, h, z)?
  - 2d** In hoeverre wordt gewerkt volgens zorgstandaarden en komt de geplande samenwerking tussen zorgaanbieders tot stand (h, z)?
  - 2e** In hoeverre wordt de patiënt betrokken bij de zorg, in hoeverre treedt zelfmanagement op (p)?
  - 2f** In hoeverre komt de beoogde transparantie tot stand (h)?

- 3 In hoeverre treden al dan niet gewenste neveneffecten op?**
- 3a** Wat zijn de gevolgen voor de samenhangende zorg in de wijk (p, z)?
  - 3b** Wat zijn de gevolgen voor de samenhangende zorg voor de patiënt (p, z)?
  - 3c** Wat zijn de gevolgen voor de administratieve lasten van zorgaanbieders en verzekeraars (v, h, z)?
  - 3d** Wat zijn de gevolgen voor de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt (p, z)?
  - 3e** Wat zijn de gevolgen voor andere in de eerste lijn gepresenteerde zorgproblemen (p, z)?

## 7 Werkwijze en planning

Het RIVM is verantwoordelijk voor het onderzoek ten behoeve van de evaluatiecommissie op basis van de bovenstaande vragen. Het RIVM voert daarvoor eerst een inventarisatie uit op het beschikbare onderzoek/databronnen. Belangrijke input zullen in elk geval worden gevormd door lopend onderzoek en bestaande databronnen van het RIVM en het NIVEL. Beschikbare rapportages uit de relevante andere ZonMw-programma's Disease management chronische ziekten en Op één lijn alsmede rapportages van de NZa zullen worden meegenomen. Ook meer incidentele onderzoeken van bijvoorbeeld universiteiten zullen worden betrokken.

Op basis van de inventarisatie zal de evaluatiecommissie besluiten in hoeverre eventueel aanvullend onderzoek noodzakelijk is. Belangrijk daarbij is dat de verschillende perspectieven (patiënt, hoofdcontractant, zorgverleners en verzekeraars) voldoende tot hun recht komen. De eerste rapportage van de commissie wordt begin 2011 verwacht, de tweede rapportage vindt plaats in het najaar van 2011 en de eindrapportage medio 2012. Die eerste rapportage zal in elk geval het onderhavige plan van aanpak bevatten. In beperkte mate zal worden ingegaan op de eerste ervaringen. Veel materiaal is er immers nog niet. Belangrijk element zal verder zijn de verwachtingen te managen van wat kan worden verwacht van de introductie van integrale bekostiging binnen de periode waarin de commissie haar werk doet. Zo zullen op het moment dat de commissie haar eindrapportage doet nog geen gegevens voor handen zijn om uitspraken te doen of de beoogde kostenreductie wordt gerealiseerd.

# Referenties

- Baan, C.A., Struijs, J.N.** Het rendement van ketenzorg (2). Medisch Contact 2010;65 nr 10:465-466.
- Berg, M. van den, Bakker, D. de** Meta-analyse: introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. NIVEL: Utrecht, 2003, 60p.
- Berg, M.J. van den, Kolthof, E.D., Bakker, D.H. de, Zee, J. van der** Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: de werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004, 197 p.
- Bruin, M. de, Struijs, J.** Keten-dbc's en zorggroepen onder de loep: waar liggen de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden? JGR plus 2-2008.indd 46-54
- Coördinatieplatform zorgstandaarden** Standaard voor zorgstandaarden. Den Haag, ZonMw-programma Diseasemanagement chronische ziekten, 2009.
- Dijk, C. van, Rijken, M., Bakker, D. de, Verheij, R., Groenewegen, P., Schellevis, F.** Anders is niet per se beter: kanttekeningen bij functionele bekostiging. In: Medisch Contact, vol. 64, 2009, nr. 22, p.973-976.
- Dijk, C. van, Verheij, R.** Huisartsenzorg in cijfers: integrale bekostiging dekt fractie zorg. In: Huisarts en Wetenschap, vol. 53, 2010, nr. 6, p.299
- Greß, S., Baan, C.A., Calnan, M., Dedeu, T., Groenewegen, P., Howson, H., Kokko, S., Maroy, L., Nolte, E., Redaelli, M., Saarelma, O., Schmacke, N., Schumacher, K., Lente, E.J. Van, Vrijhoef, B.** Coordination and Management of Chronic Conditions in Europe – The Role of Primary Care. Qual Prim Care 2009;17(1):75-86
- Hansen, J., Greuningen, M. van, Batenburg, R.S.** Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn: achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingsstudie. Utrecht: NIVEL, 2010, 101 p.
- Ministerie van VWS** Voorhangbrief keten-DBC's en huisartsenbekostiging. Brief aan Tweede Kamer 23 oktober 2009.
- Ministerie van VWS** Integrale zorg in de eigen omgeving: de toekomst van de chronische zorg en de huidige eerste lijn. VWS Stuurgroep Chronische zorg. 11 juni 2010.
- NMa/NZa** Richtsnoeren zorggroepen. Augustus 2010.
- NZa BELEIDSREGEL** CV-7000-5.0.-1 Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, CVR)
- Struijs, J.N., van Til, J., Bartel, J., Baan, C.A.** Advies concept minimale dataset voor diabetes, COPD en cardiovasculair risicomangement. Briefrapport. Bilthoven 2009
- Vrijhoef, B.** Chronische zorg in Nederland anno 2010. Leidt verandering tot verbetering? Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2010 (88), 2.
- Struijs, J.N., Til, J.T. van, Baan, C.A.** Experimenteren met de keten-dbc diabetes De eerste zichtbare effecten. Bilthoven. RIVM, 2009.
- Til, J.T. van, Wildt, J.E. de, Struijs, J.N.** De organisatie van zorggroepen anno 2010. Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Bilthoven, RIVM, 2010.
- Vrijhoef, H.J.M., Spreeuwenberg, C., Eijkelberg, I.M.J.G., Wolffenbuttel, B.H.R., Merode, G.G. van** Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht BMJ 2001;323:983 doi:10.1136/bmj.323.7319.983
- Wildt, J. de, Leusink, G.** O meting zorggroepen. Utrecht LVG, oktober 2008
- Varkevisser, M., Geest, S. van der, Appelman, M., Struijs, J.** Regionale machtspositie zorggroepen baart zorgen ESB 94(4572) 13 november 2009 701-2



# Bijlage 1

## Samenstelling Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging

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

De commissie bestaat uit:

**Prof. Dr. Dinny de Bakker** Bijzonder hoogleraar Structuur en Organisatie

Eerstelijnsgezondheidszorg Tranzo/Universiteit van Tilburg, NIVEL, voorzitter

**Drs. J. Raams** Huisarts, mede initiator Diamuraal Eemland

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

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

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

Waarnemers :

**Drs. Hans Simons** Voorzitter ZonMw-programmacommissie Op één lijn

**Mw. Drs. Elvira van Eijk** Ministerie van VWS

**Mw. Dr. Caroline Baan** RIVM

Secretariaat:

**Mw. Drs. Annette Pietersen** ZonMw

# Bijlage 2

## Afkortingen

**COPD** Chronic Obstructive Pulmonary Disease

**CVRM** Cardio Vasculair Risico Management

**DBC** Diagnose Behandeling Combinatie

**EMD** Elektronisch Medisch Dossier

**GEZ** Geïntegreerde Eerstelijns Zorg

**ICT** Informatie- en Communicatie  
Technologie

**LOVE** Landelijk Overleg Versterking  
Eerstelijnszorg

**MDS** Minimale Data Sets

**M&I** Modernisatie & Innovatie

**NHG** Nederlands Huisartsen Genootschap

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

**NMa** Nederlandse Mededingingsautoriteit

**NZa** Nederlandse Zorgautoriteit

**RIVM** Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu

**RVZ** Raad voor Volksgezondheid en Zorg

**VRM** Vasculair risicomanagement

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

**Wmo** Wet maatschappelijk ondersteuning





Januari 2011

**Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging**

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

Telefoon 070 349 52 24

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