



# Afstemming van de zorg rond chronische aandoeningen

*Terugblik 2010*





# **Afstemming in de zorg rond chronische aandoeningen; Terugblik 2010**

17 november 2010

Algemene Rekenkamer, Lange Voorhout 8, Postbus 20015, 2500 EA Den Haag



# Inhoud

<b>DEEL 1 CONCLUSIES, AANBEVELINGEN EN BESTUURLIJKE REACTIE</b>	<b>1</b>
<b>1 Over dit onderzoek</b>	<b>2</b>
1.1 Functie van terugblikonderzoeken	2
1.2 Onze aanbevelingen uit 2006	5
1.3 Ontwikkelingen na 2006	7
1.3.1 Welk beleid heeft VWS na 2006 gevoerd?	7
1.3.2 Hoe ervaren chronische patiënten de zorg?	9
<b>2 Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>10</b>
2.1 Hoofdconclusie	10
2.2 Deelconclusies over het landelijk beleid	11
2.3 Deelconclusies over het de rolinvulling veldpartijen	13
<b>3 Reactie minister van VWS en nawoord Algemene Rekenkamer</b>	<b>20</b>
3.1 Reactie van de minister van VWS	20
3.2 Nawoord Algemene Rekenkamer	22
<b>DEEL 2 ONDERZOEKSBEVINDINGEN</b>	<b>25</b>
<b>1 Chronisch zieken</b>	<b>26</b>
1.1 Hoeveel chronisch zieken zijn er?	26
1.2 Wat kost de chronische zorg?	28
<b>2 VWS-beleid na 2006</b>	<b>30</b>
2.1 Achtergrond van onze aanbevelingen in 2006	30
2.2 Beleidsontwikkeling na 2006	30
2.2.1 Diabeteszorg als voorloper	30
2.2.2 Kabinetsvisie op gezondheid en preventie	31
2.2.3 Versterking eerste lijn	32
2.2.4 Programmatische aanpak van chronische ziekten	33
2.2.5 Integrale bekostiging	36
2.2.6 Recente ontwikkelingen	37
2.3 Beleidscyclus versterkt?	37



2.3.1	Beleid toetsbaar en controleerbaar maken	37
2.3.2	Duidelijkheid scheppen over de relatie tussen marktwerking en samenwerking	39
2.4	Samenvattend	40
<b>3</b>	<b>Rolinvulling partijen anno 2010</b>	<b>42</b>
3.1	Achtergrond van onze aanbevelingen in 2006	42
3.2	Stand van zaken samenwerkingsafspraken en bekostiging	44
3.2.1	Richtlijnen en zorgstandaarden	44
3.2.2	Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn	47
3.2.3	Bekostiging	49
3.2.4	Zelfmanagement	53
3.3	Rolinvulling partijen verbeterd?	55
3.3.1	Integrale zorg en integrale bekostiging stimuleren	55
3.3.2	Patiëntbetrokkenheid bij afstemmingsafspraken bevorderen	56
3.3.3	Zorgverzekeraars aanspreken op hun verantwoordelijkheid	57
3.3.4	Zorgen voor snelle totstandkoming van het EPD	59
3.4	Samenvattend	60
<b>4</b>	<b>Betere en goedkopere zorg?</b>	<b>62</b>
4.1	Achtergrond van onze aanbevelingen in 2006	62
4.2	Kwaliteit en kosteneffectiviteit	62
4.2.1	Ervaringen patiënten	62
4.2.2	Onderzoek over kwaliteit en kosteneffectiviteit	65
4.3	Meer inzicht in kwaliteit en kosteneffectiviteit van integrale zorg?	68
4.3.1	Zorgen voor inzicht in kwaliteit en kosten	68
4.4	Samenvattend	69
	<b>Bijlage 1 Gebruikte afkortingen</b>	<b>71</b>
	<b>Bijlage 2 Overzicht aanbevelingen en reacties oorspronkelijk rapport (2006)</b>	<b>72</b>
	<b>Bijlage 3 Probleemstelling, onderzoeksvragen, aanpak en normen</b>	<b>74</b>
	<b>Bijlage 4 Verantwoordelijkheidsverdeling</b>	<b>77</b>
	<b>Bijlage 5 Disease management in internationaal perspectief</b>	<b>79</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>81</b>



## **Deel 1 Conclusies, aanbevelingen en bestuurlijke reactie**



# 1 Over dit onderzoek

2

## 1.1 Functie van terugblikonderzoeken

De onderzoeksrapporten van de Algemene Rekenkamer bevatten standaard een aantal aanbevelingen gericht op de oplossing van problemen die in het onderzoek zijn gesignaleerd. Ministers zeggen soms naar aanleiding van deze aanbevelingen concrete acties toe, soms ook niet. Wat gebeurt er met de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer en de toezeggingen van bewindspersonen na de publicatie van ons rapport? Hebben onze aanbevelingen opvolging gekregen? Deze vragen willen we graag beantwoorden, omdat de problemen die we signaleren om een oplossing vragen.

Sinds 2004 toetst de Algemene Rekenkamer regelmatig de effecten van haar aanbevelingen. Wij monitoren over een langere periode – zo nodig vijf jaar of langer – of ministeries gevolg geven aan hun toezeggingen dan wel anderszins op het specifieke onderzoeksterrein beleidsinitiatieven ontplooiën. Wij voeren daarvoor niet alleen gesprekken met ambtenaren, maar steunen ook zoveel mogelijk op de (voortgangs)informatie van de ministeries zelf.

Wij bekijken voor ieder onderzoek afzonderlijk hoe lang wij blijven toetsen en welke aanbevelingen en toezeggingen wij volgen. Sommige aanbevelingen gaan namelijk over zaken die jaren nodig hebben om hun beslag te krijgen, andere aanbevelingen kunnen op veel kortere termijn worden gerealiseerd.

In dit rapport blikken wij terug op het onderzoek *Afstemming in de zorg* (Algemene Rekenkamer, 2006). Dit onderzoek werd gepubliceerd op 19 oktober 2006 en richtte zich op de vraag wat er in de praktijk terecht komt van het maken van afstemmingsafspraken tussen zorgverleners die binnen de curatieve gezondheidszorg<sup>1</sup> werkzaam zijn. Het onderzoek was

---

<sup>1</sup> Curatieve gezondheidszorg richt zich op het behandelen en genezen van acute en chronische ziekten. Voorbeelden van curatieve zorg zijn huisartsenzorg en zorg verleend door medisch-specialisten.



toegespitst op de zorgverlening rond twee chronische ziekten<sup>2</sup> die een relatief grote instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen geven: depressie en lage rug-, nek- en schouderklachten. Aan de hand van deze twee ziektebeelden werd gezocht naar algemene lessen op het punt van afstemming tussen zorgverleners, bijvoorbeeld in de vorm van succes- en faalfactoren.

3

We gaan in deze terugblik na wat er is gebeurd met de aanbevelingen in het rapport *Afstemming in de zorg* en met de toezeggingen die daarop zijn gedaan door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Daarnaast geeft deze terugblik een beeld van de huidige stand van zaken betreffende afstemming van zorg bij chronisch zieken.

#### **Belang van afstemming in de zorg voor chronisch zieken**

Nederland telt circa 4,5 miljoen chronisch zieken. Daarvan heeft 1,3 miljoen verscheidene ziekten tegelijk (co- of multimorbiditeit). Tot ongeveer 55 jaar is multimorbiditeit nog relatief zeldzaam, maar onder ouderen komt het veelvuldig voor: bijna één op de drie 75-plussers heeft meer dan één chronische ziekte onder de leden. Te voorzien is dat hierdoor de zorg voor deze doelgroep complexer zal worden (RIVM, 2010).

Patiënten met een chronische aandoening hebben veelal met verschillende zorgverleners te maken. Voor deze groep patiënten is het daarom van belang dat er tussen de zorgverleners goede afspraken bestaan over zowel de inhoud van de zorg (beroepsinhoudelijke standaarden, richtlijnen en protocollen waaraan zij zich houden) als de organisatie van de zorg (onderlinge samenwerking, wachtlijstreductie, informatie-uitwisseling en dergelijke). Gebrekkige afstemming tussen zorgverleners kan leiden tot risicovolle momenten in de zorgverlening. Deze risico's hebben om te beginnen betrekking op de patiëntenzorg zelf. Zo kunnen niet op elkaar afgestemde recepten of tegenstrijdige medische adviezen leiden tot verkeerd medicijngebruik, eetgedrag en dergelijke. Maar de risico's slaan ook terug op de organisatie van de zorg. Te denken valt aan niet op elkaar afgestemde behandelafspraken, die kunnen leiden tot onnodig lange doorlooptijden.

In de algemene verantwoordelijkheidsverdeling in het zorgveld zijn sinds ons onderzoek in 2006 geen wijzigingen opgetreden. Deze verantwoordelijkheidsverdeling is weergegeven in figuur 1 (zie bijlage 4 voor de bijbehorende beschrijving).

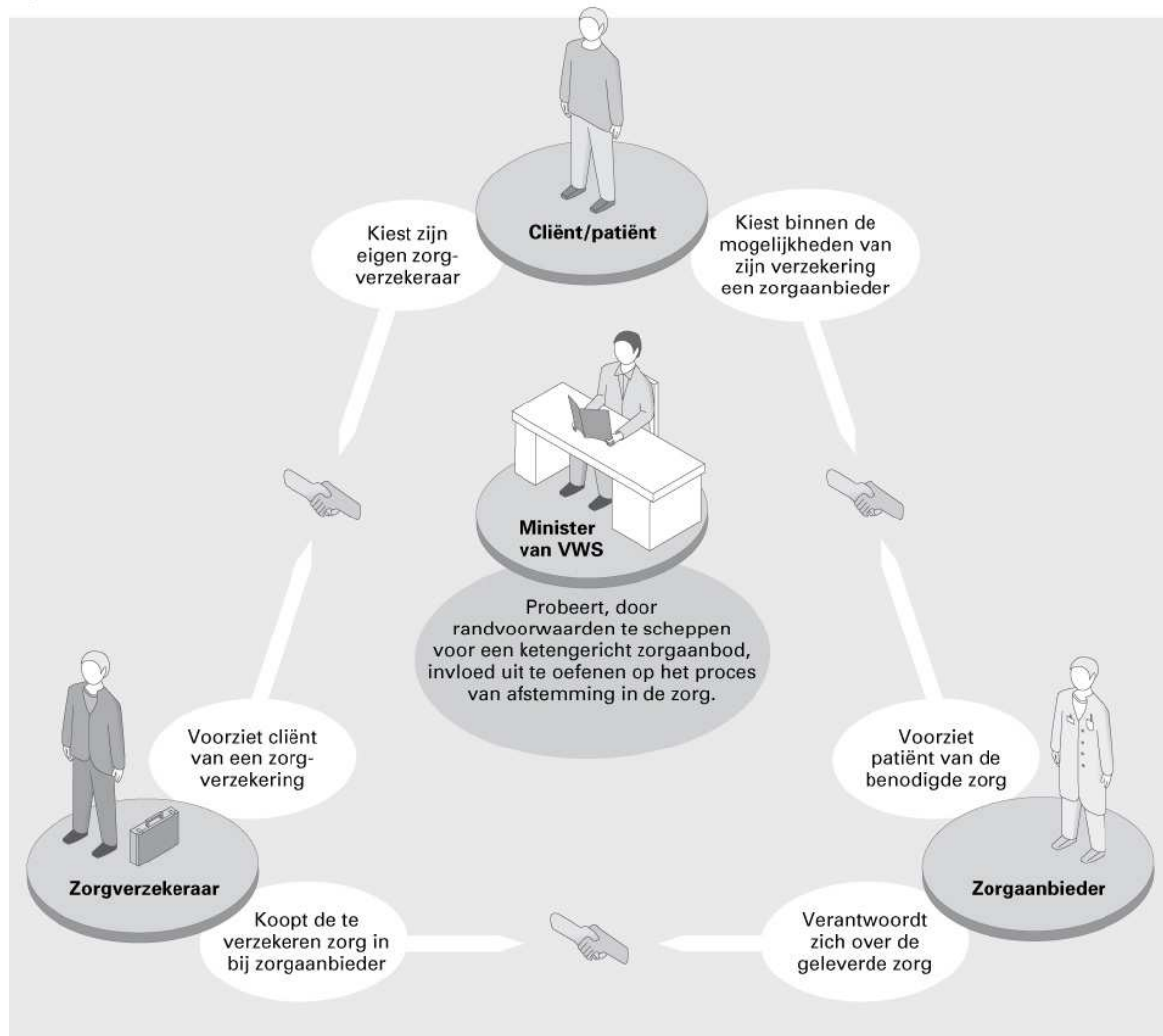
---

<sup>2</sup> Een chronische ziekte is een ziekte met een langdurig verloop. In dit rapport wordt ook het begrip 'chronische aandoening' gebruikt. De betekenis is hetzelfde.



Figuur 1 Schets van partijen in het zorgveld

4



In deel 1 van dit rapport bespreken we eerst de belangrijkste aanbevelingen uit ons onderzoek van 2006 (§ 1.2). Aansluitend gaan we in op relevante ontwikkelingen op het terrein van de zorg bij rond chronische ziekten<sup>3</sup> sinds 2006 (§ 1.3). In hoofdstuk 2 presenteren we vervolgens de conclusies en aanbevelingen van ons huidige terugblikonderzoek.

In deel 2 van dit rapport zijn de meer gedetailleerde onderzoeksbevindingen van ons deze terugblikonderzoek opgenomen. Daar zijn ook de onderzoeksvragen en de onderzoeksopzet opgenomen (bijlage 3).

<sup>3</sup> Wij spreken – in navolging van het beleid van het Ministerie van VWS – over chronische *ziekten* en niet over chronisch *zieken*, om aan te duiden dat het onderzoek zich beperkt tot de beleidsverantwoordelijkheid van de minister van VWS. Beleidsdoelstellingen gericht op gelijke participatie van chronisch zieken in de samenleving blijven daarmee buiten de reikwijdte van dit rapport. Die behoren tot de verantwoordelijkheid van onder anderen de ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW).





## 1.2 Onze aanbevelingen uit 2006

5

Ons rapport van 2006 was voorzien van een aantal aanbevelingen dat betrekking had op de knelpunten die wij hadden gesignaleerd in de afstemming tussen zorgverleners, en de consequenties daarvan voor de kwaliteit van de zorg rond chronische ziekten.

Wij bespreken hieronder eerst kort de conclusies die in het rapport waren opgenomen. Aansluitend gaan we in op de belangrijkste aanbevelingen die wij op basis daarvan aan de toenmalige minister van VWS voorlegden.

Onze hoofdconclusie in 2006 was dat afstemming over de zorgverlening aan patiënten met chronische aandoeningen (oftewel 'integrale zorg') maar schoorvoetend op gang kwam. Het Ministerie van VWS en de partijen uit het zorgveld beschikten niet over een volledig en actueel overzicht van afstemmingsinitiatieven tussen zorgverleners die actief zijn rond patiënten met een chronische depressie respectievelijk chronische rug-, nek- en schouderklachten. De initiatieven die wij zelf konden achterhalen waren veelal kleinschalig, de continuïteit ervan was niet altijd gewaarborgd en ze werden weinig overgenomen door anderen. Eén op de drie op ons verzoek door het onderzoeksinstituut NIVEL ondervraagde patiënten met chronische aandoeningen vond de afstemming tussen zorgverleners matig of slecht.

Onze hoofdconclusie uit 2006 was gebaseerd op verscheidene deelconclusies. In het rapport waren deze opgesplitst in drie groepen: (1) conclusies over de landelijke beleidscyclus, (2) conclusies over de rollen van de verschillende betrokken veldpartijen (zorgverzekeraars, zorgverleners en patiënten) en (3) conclusies over de landelijke voorzieningen voor afstemming in de zorg.<sup>4</sup>

Voor deze terugblik voegen wij de aanbevelingen onder 2 en 3 samen. Landelijke voorzieningen zoals het elektronisch patiëntendossier moeten er immers ook toe bijdragen dat de veldpartijen hun rol goed kunnen vervullen. In bijlage 2 vindt u een overzicht van alle aanbevelingen uit het oorspronkelijke rapport, en van de reactie die de minister van VWS indertijd heeft gegeven.

Hieronder vermelden wij kort onze aanbevelingen die gericht waren op het versterken van de landelijke beleidscyclus:

- De minister zou duidelijk kunnen maken wat precies beoogd wordt met een betere afstemming van de zorgverlening en hoe dat in praktijk wordt bereikt. De minister zou daarbij gebruik moeten maken

---

<sup>4</sup> Bedoeld zijn hier landelijke structuren die het tot stand komen van afstemmingsafspraken bevorderen en faciliteren, zoals het elektronisch patiëntendossier.



van de VBTB-systematiek<sup>5</sup> en van SMART<sup>6</sup> geformuleerde doelstellingen.

6

- De minister zou de resultaten van zijn beleid kunnen laten monitoren door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en zich regelmatig op de hoogte te stellen van de knelpunten waarmee partijen in het zorgveld te kampen hebben bij het organiseren van afstemming.
- De minister zou duidelijk kunnen maken hoe het streven naar samenwerking binnen de zorg zich precies verhoudt tot het streven naar meer concurrentie binnen diezelfde sector.

Onze aanbevelingen gericht op het stimuleren van de rolinvulling door partijen in het zorgstelsel luiden:

- De minister zou het tot stand komen van multidisciplinaire richtlijnen en het gebruik van een normenkader voor toetsing van ketenkwaliteit kunnen bevorderen en de ontwikkeling van diagnose-behandelcombinaties voor ketenzorg<sup>7</sup> voortvarend ter hand kunnen nemen.
- De minister zou kunnen onderzoeken of in de nieuwe Wet cliëntenrechten zorg patiëntbetrokkenheid bij afstemmingsafspraken als een recht voor de zorgconsument kan worden geformuleerd.
- De minister zou zorgverzekeraars uitdrukkelijk kunnen aanspreken (bijvoorbeeld in de vorm van een convenant) op hun verantwoordelijkheid voor het bevorderen van de kwaliteit van zorg. Hij zou met de zorgverzekeraars afspraken kunnen maken over de taken van de Regionale Ondersteuningstructuren<sup>8</sup> inzake het bevorderen van samenwerking.
- De minister zou de continuïteit van kennisontwikkeling kunnen bevorderen door systematische evaluatie van initiatieven en bekendmaking van *best* en *worst practices*. In het verlengde hiervan zou de minister de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kunnen aansporen tot het uitbrengen van periodieke rapportages over prijs/kwaliteitverschillen van integrale zorg.
- De minister zou aandacht kunnen geven aan het creëren van draagvlak voor het elektronisch patiëntendossier (EPD) binnen de sector.

---

<sup>5</sup> VBTB: van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording. De VBTB-operatie heeft tot doel om bij de begroting als bij het jaarverslag de koppeling tussen beleid, prestaties en het daarvoor benodigde geld centraal te stellen, en op die manier de begroting informatiever te maken en het parlement beter in staat te stellen begroting en jaarverslag te beoordelen.

<sup>6</sup> Specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden.

<sup>7</sup> In het vervolg van dit rapport hanteren wij zoveel mogelijk de termen 'integrale bekostiging' en 'integrale zorg'. De inhoud en betekenis hiervan worden besproken in hoofdstuk 3 van deel 2.

<sup>8</sup> Sinds 2005 bieden veel zorgverzekeraars ondersteuning aan via regionale ondersteuningsstructuren. De minister van VWS wilde dat met premiegefinancierde middelen een geïntegreerde ondersteuningsstructuur voor beroepsbeoefenaars in de eerstelijnszorg zou worden ontwikkeld.



Volgens de minister van VWS liet ons onderzoek zien dat de zorg voor chronisch zieken in de afgelopen vijftien jaar een enorme ontwikkeling had doorgemaakt, maar ook dat het nog beter kan. De minister was ervan overtuigd dat het nieuwe stelsel van marktwerking zou bijdragen aan een betere afstemming; marktwerking beloont immers de aanbieders die er het best in slagen deze samenwerking in ketenverband gestalte te geven, zo luidde zijn redenering.

In ons nawoord attendeerden wij de minister op signalen uit eerdere beleidsevaluaties en op de resultaten van ons onderzoek. Deze signalen wezen erop dat de partijen in het zorgveld de hun toebedachte rol niet zonder meer hadden opgepakt.

## **1.3 Ontwikkelingen na 2006**

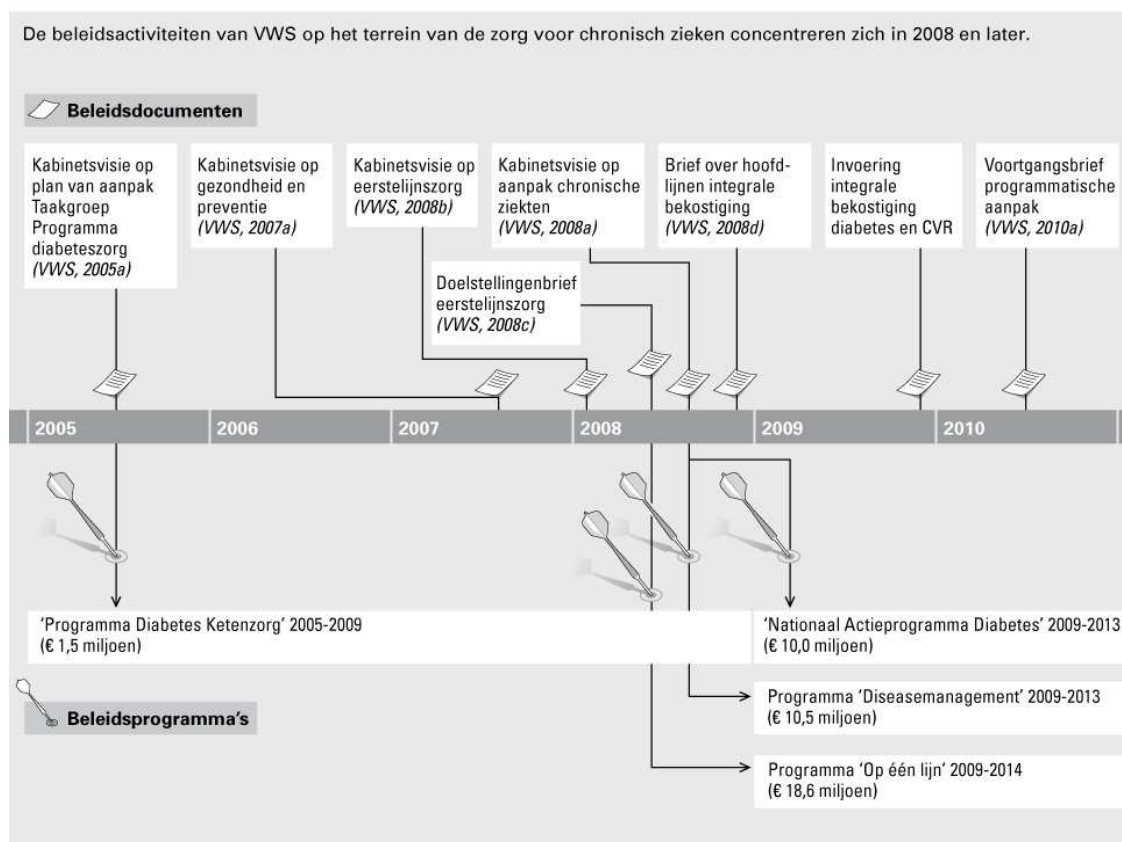
### **1.3.1 Welk beleid heeft VWS na 2006 gevoerd?**

Figuur 2 geeft het landelijk beleid na 2006 op hoofdlijnen en schematisch weer. De aanpak van chronische ziekten heeft sinds 2008 duidelijk een prominentere plaats in het beleid van VWS. Het beleid heeft een tweeledig doel: betere zorgverlening en terugdringen van zorgkosten.



Figuur 2 Overzicht van het VWS-beleid voor chronisch ziekten, 2006-heden

8



In juni 2008 hebben de minister en de staatssecretaris van VWS hun visie gepresenteerd op de aanpak van chronische ziekten (beleidsbrief *Programmatische aanpak chronische ziekten*; VWS, 2008a). Deze visie was al aangekondigd in 2005, in het kader van activiteiten gericht op verbetering van diabeteszorg en opnieuw in 2007, in de Kabinetsvisie op gezondheid en preventie (VWS, 2007a). Aanleiding voor het opstellen van de beleidsbrief was de verwachte toename van het aantal mensen met een chronische ziekte en de gevolgen daarvan voor het individu en de maatschappij, alsmede voor de zorgkosten.

In de 'programmatische aanpak' van chronische ziekten die de VWS-bewindspersonen in de beleidsbrief uiteenzetten, worden preventie (aanpak van risicofactoren) en zelfmanagement (zelfredzaamheid van patiënten<sup>9</sup>) toegevoegd aan de tot dan toe vooral curatieve benadering van chronische ziekten. 'Aandoeningspecifieke zorgstandaarden' die aangeven wat goede zorg inhoudt en welke integrale bekostiging daar bij hoort, spelen een belangrijke rol in de aanpak. Deze begrippen worden toegelicht in hoofdstuk 3 van deel 2 van dit rapport.

<sup>9</sup> Zelfmanagement is het vermogen en de vaardigheid van een patiënt tot zelfredzaamheid en het inpassen van een ziekte in het eigen leven.



De eerste lijn<sup>10</sup> krijgt een belangrijke positie in het nieuwe beleid gericht op afstemming van zorg voor chronisch zieken. Dat blijkt uit de beleidsbrief *Een dynamische eerstelijnszorg* van januari 2008 (VWS, 2008b) en de kort daarop volgende *Doelstellingenbrief* (VWS, 2008c). De minister wil bevorderen dat de te verlenen zorg beter tussen zorgverleners wordt afgestemd, meer wordt georganiseerd rond de patiënt en zoveel mogelijk dichtbij huis (in de eerste lijn) plaatsvindt – iets wat bij uitstek belangrijk is voor mensen met een chronische ziekte.

9

Om deze veranderingen te bewerkstelligen wordt in het beleid gekozen voor het overbrengen van taken van de tweede lijn naar de eerste lijn en voor 'taakherschikking',<sup>11</sup> zowel binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn. Het is de bedoeling dat deze ingrepen uiteindelijk leiden tot goedkopere en tegelijkertijd betere zorg voor de patiënt.

### 1.3.2 Hoe ervaren chronische patiënten de zorg?

Uit een nieuwe meting onder de leden van het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NIVEL, 2010b) blijkt dat mensen met een chronische aandoening in 2009 – vergeleken met 2002 en 2005 – niet significant meer tevreden zijn geworden over de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners met wie zij te maken hebben. Van de ondervraagden beoordeelt 29% de samenwerking en afstemming over het algemeen genomen als matig of slecht.

Hoewel chronisch zieken op deze punten wel wat positiever zijn geworden dan in 2002 en 2005, hebben nog altijd twee van de vijf als ervaring dat zorgverleners onderling niet altijd goede afspraken maken en dat zij hun verhaal steeds opnieuw vertellen. Ruim de helft vindt dat de zorgverleners 'vrijwel nooit' of alleen 'soms' goed op de hoogte zijn van de afspraken die de patiënt heeft gemaakt met andere zorgverleners. Dat beeld is niet veranderd ten opzichte van 2005.

De ervaring van mensen met een chronische aandoening is ook dat afspraken nog altijd weinig efficiënt worden gepland. Dat is niet verbeterd ten opzichte van eerdere jaren. Afspraken in dezelfde instelling worden bijvoorbeeld volgens ruim de helft van de respondenten hooguit 'soms' gecombineerd ingepland op dezelfde dag.

---

<sup>10</sup> Eerstelijnszorg is zorg dicht in de buurt (laagdrempelige zorg). Zorgverleners in de eerste lijn zijn bijvoorbeeld huisartsen, tandartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten. Tweedelijnszorg wordt ook wel ziekenhuiszorg genoemd. Dit is de medisch-specialistische hulp en de daarmee samenhangende verpleging en verzorging van patiënten. Toegang tot deze zorg is alleen mogelijk na verwijzing van een zorgverlener uit de eerste lijn.

<sup>11</sup> Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen in de zorg. Zo voeren verpleegkundigen tegenwoordig taken uit die vroeger door een arts werden gedaan; een voorbeeld hiervan is het meten van de bloeddruk.



## 2 Conclusies en aanbevelingen

10

### 2.1 Hoofdconclusie

Onze belangrijkste conclusie is dat integrale zorg bij chronische aandoeningen traag tot stand komt.

De verwachting die de minister van VWS in 2006 in reactie op ons onderzoek uitsprak, dat afstemming van zorg rond chronische aandoeningen als vanzelf zou voortvloeien uit de invoering van gereguleerde marktwerking, is vooralsnog te optimistisch gebleken. Multidisciplinair georganiseerde oftewel integrale zorg bestaat nog steeds slechts op beperkte schaal, met uitzondering van de diabeteszorg. Mensen met een chronische aandoening zijn – ondanks lichte verbeteringen op enkele punten – in 2009 niet significant meer tevreden over de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners met wie zij te maken hebben.

De minister van VWS heeft met de introductie (in 2008) van zijn 'programmatische aanpak' voor chronische aandoeningen zijn visie op de gewenste afstemming van zorg verduidelijkt en daarmee meer toetsbaar en controleerbaar gemaakt. Ook heeft hij langs verschillende sporen (de programmatische aanpak en de versterking van de eerstelijnszorg) activiteiten in gang gezet om afstemming van zorg te bevorderen. In hoeverre zijn beleid ook voldoende resultaat heeft gehad, is echter lastig te bepalen. Dat komt doordat de minister aan zijn beleid geen tijdshorizon heeft verbonden, en evenmin meetbare doelstellingen.

Voor de concrete uitwerking van de 'programmatische aanpak' voor chronische aandoeningen is vooral het zorgveld aan zet. De minister gaf in 2006 aan dat hij er op vertrouwde dat partijen hun rol in het zorgstelsel goed zouden gaan vervullen. Wij zien nu dat implementatie van het nieuwe beleid in het zorgveld trager dan verwacht verloopt. Omdat het aantal Nederlanders met één of meer chronische aandoeningen in de nabije toekomst naar verwachting fors zal toenemen (RIVM, 2007), dreigt het aanbod van integrale zorg geen gelijke tred te zullen houden met de ontwikkeling van de vraag.



In de volgende paragrafen komen de deelconclusies aan de orde. Deze deelconclusies geven antwoord op de vraag of de in 2006 door ons gesignaleerde knelpunten in de landelijke beleidscyclus en in de rolinvulling van de veldpartijen zijn opgelost. We geven daarbij ook antwoord op de vraag of de minister zijn toezeggingen is nagekomen.

11

## 2.2 Deelconclusies over het landelijk beleid

*Beleid meer toetsbaar en controleerbaar, maar verdere verbetering wenselijk*

Ten tijde van ons onderzoek in 2006 beschikte de minister van VWS niet over informatie over de effectiviteit van zijn beleid om afstemming in de zorg aan chronisch zieken te bevorderen. In het beleid van de minister van VWS waren geen meetbare doelstellingen voor afstemming in de zorg aan chronisch zieken geformuleerd.

Wij deden de aanbeveling dat de minister duidelijk moest maken wat hij precies met zijn streven naar betere afstemming van de zorgverlening beoogde en hoe hij dat in praktijk concreet wilde bereiken. Wij deden ook de aanbeveling dat de minister de resultaten van zijn beleid moest (laten) monitoren. De minister reageerde instemmend op deze aanbevelingen. De VBTB-conformiteit van de begroting zou met ingang van de Begroting 2007 worden verbeterd en de IGZ zou in haar werkplan voor 2007 specifieke aandacht geven aan de risicoanalyse van ketenzorg in verschillende inspectieprogramma's.

In 2008 hebben de bewindspersonen van VWS maatschappelijke ambities geformuleerd bij de aanpak van chronische aandoeningen. Het betrof vier ambities, namelijk (1) de groei van het aantal mensen met een chronische aandoening afremmen, (2) de leeftijd waarop een chronische ziekte zich voor het eerst manifesteert uitstellen, (3) complicaties als gevolg van chronische ziekten voorkomen of uitstellen en (4) mensen met een chronische ziekte in staat stellen zo goed mogelijk met hun ziekte om te gaan.

Ook noemden de bewindspersonen concrete thema's waaraan gewerkt zou gaan worden, zoals het opstellen van 'zorgstandaarden' en het bevorderen van samenhang tussen preventie en zorg. Met het formuleren van ambities en het aanwijzen van thema's heeft het VWS-beleid voor chronische aandoeningen aan scherpte gewonnen. Maar een tijdshorizon en meetbare doelstellingen ontbreken veelal.

In mei 2010 heeft de minister van VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over de stand van zaken (VWS, 2010a). In zijn jaarverslag over 2009 en



zijn begroting voor 2010 heeft de minister een prestatie-indicator opgenomen aan de hand waarvan hij de ontwikkeling van het aantal eerstelijnsamenwerkingsverbanden monitort (het aantal multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijnszorg). Verder heeft de IGZ in de afgelopen jaren in thematische onderzoeken aandacht besteed aan integrale zorg; deze inspectie zal in 2010 een handhavingsplan maken voor het toezicht op aanbieders van zorg voor chronisch zieken.

12

De minister vertrouwde er in 2006 op dat partijen hun rol zelf zouden gaan vervullen. Hij was daarom terughoudend in het maken van afspraken hierover. Wij constateren nu dat integrale zorg bij chronische aandoeningen nog niet vanzelfsprekend tot stand komt. De uitvoering van het beleid kenmerkt zich door een zekere vrijblijvendheid. Chronisch zieken hebben belang bij een voortvarende aanpak. In een meerjarige 'Deltaplanaanpak' zou de minister niet alleen met de veldpartijen prestatieafspraken kunnen vastleggen, maar ook kunnen aangeven op welke wijze hij zal ingrijpen indien prestatieafspraken niet worden nagekomen. Het plan zou ook preventieve maatregelen moeten omvatten die een gezonde leefstijl bevorderen. Daarvoor is een ook goede samenwerking met partners buiten het domein van de zorg (zoals gemeenten en scholen) nodig.

*Nog altijd onvoldoende duidelijkheid over de relatie tussen marktwerking en samenwerking*

Zorgverleners vonden in 2006 dat het Ministerie van VWS tegenstrijdige signalen afgaf door enerzijds marktwerking en concurrentie in de zorg te stimuleren en anderzijds de samenwerking tussen de verschillende partijen in diezelfde sector te willen bevorderen. Wij hebben de minister daarom aanbevolen duidelijk te maken hoe het streven naar samenwerking binnen de zorg zich verhoudt tot het streven naar meer concurrentie. De minister onderschreef deze aanbeveling en heeft inmiddels – zoals toegezegd samen met Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de NZa – initiatieven genomen om duidelijkheid te scheppen over wat vanuit het mededingingsrecht wel en niet mag bij samenwerking. NMa en NZa hebben bijvoorbeeld 'richtsnoeren voor de zorgsector' gepubliceerd, waarin zij de mogelijkheden tot samenwerking binnen de Mededingingswet nader hebben uitgewerkt. Wij hebben echter in de gesprekken die wij hebben gevoerd signalen gekregen dat onder zorgaanbieders nog steeds onduidelijkheid bestaat over de relatie tussen samenwerking en marktwerking. Het is dan ook terecht dat de minister, de NZa en de NMa hieraan de komende periode aandacht blijven besteden.





## 2.3 Deelconclusies over het de rolinvulling veldpartijen

13

*Openstaande vragen en domein- en competentiediscussies staan voortgang van integrale zorg en integrale bekostiging in de weg*

Onze conclusie in 2006 was dat afstemming over de zorgverlening aan patiënten met chronische aandoeningen maar schoorvoetend op gang kwam. Wij hebben de minister van VWS indertijd aanbevolen om te bevorderen dat multidisciplinaire richtlijnen zouden worden opgesteld, dat er een normenkader voor de toetsing van 'ketenkwaliteit' gebruikt zou gaan worden en dat er diagnose-behandelcombinaties voor ketenzorg zouden worden ontwikkeld.

De minister noemde in zijn reactie het normenkader van HKZ<sup>12</sup> voor ketenzorg zinvol. Over diagnose-behandelcombinaties voor ketenzorg merkte hij op dat hiermee de komende jaren ervaring opgedaan zou worden door middel van experimenten bij de zorg voor diabetespatiënten. Vanwege gebleken succes werden echter door diverse zorgverzekeraars ook buiten deze experimenten om al 'ketencontracten' met zorggroepen afgesloten,<sup>13</sup> zo liet de minister weten.

Wij stellen vast dat de minister sinds 2006 – mede op basis van de evaluatie van de projecten ketenzorg diabetes – op het terrein van de chronische aandoeningen stappen heeft gezet die ertoe hebben geleid dat de aandacht voor afstemming van zorg en samenwerking tussen zorgverleners is toegenomen. Maar de ontwikkelingen verlopen traag, in het licht van de te verwachten groei van het aantal mensen met een chronische ziekte.

Een belangrijk element in de aanpak van de minister van VWS zijn de 'aandoeningspecifieke zorgstandaarden' die aangeven wat goede zorg inhoudt en welke integrale bekostiging daarbij hoort. Er zijn nu drie zorgstandaarden gereed van de negen waaraan op dit ogenblik wordt gewerkt en er is een model beschikbaar voor een systematische beschrijving van de zorg bij een chronische ziekte. Wij zien vooral voortgang bij de zorg voor diabetespatiënten, een relatief weinig complexe aandoening, waar al vanaf 2003 aan wordt gewerkt.

Wij zien tegelijkertijd nog veel openstaande vragen en discussiepunten die verdere ontwikkeling van zorgstandaarden in de weg kunnen staan. Zo is er het gegeven dat meer dan een kwart van de 4,5 miljoen

---

<sup>12</sup> HKZ staat voor Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Het HKZ-harmonisatiemodel is eind 2001 vastgesteld als model voor de zorgsector. Het model bevat de normen aan de hand waarvan een kwaliteitssysteem kan worden opgezet. Het model is het eindresultaat van afspraken die door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten zijn gemaakt.

<sup>13</sup> Het begrip 'zorggroep' wordt besproken in hoofdstuk 3 van deel 2.



chronisch zieken in Nederland verscheidene aandoeningen tegelijk heeft (co- of multimorbiditeit). De vraag hoe integrale zorg dan het beste kan worden georganiseerd, is nog niet beantwoord. Ook zijn er tal van chronische aandoeningen die veel complexer van aard zijn dan bijvoorbeeld diabetes, zoals depressie of verschillende vormen van kanker. Dergelijke problematiek laat zich minder gemakkelijk in een gestandaardiseerde zorgaanpak vatten, hoewel de zorgaanbieders daar wel pogingen toe ondernemen.

14

Verder spelen er belangentegenstellingen tussen zorgverleners, die aanleiding geven tot vakmatige domein- en competentiediscussies (positie en bevoegdheden van zorgprofessionals, bijvoorbeeld de vraag of de generalistische kennis van de huisarts volstaat voor de begeleiding bij chronisch hartfalen). Ook deze problematiek staat een vlotte ontwikkeling van zorgstandaarden in de weg.

De trage ontwikkeling van zorgstandaarden heeft gevolgen voor de termijn waarop beslissingen kunnen worden genomen over de bekostiging van integrale zorg.<sup>14</sup> De streefdata van de minister van VWS voor de invoering van integrale bekostiging zijn ten dele gehaald: inmiddels is voor twee (van de beoogde vier) aandoeningen integrale bekostiging per 1 januari 2010 mogelijk gemaakt. De zorgstandaard COPD (voor chronische bronchitis en longemfyseem) is in mei 2010 vastgesteld.<sup>15</sup> Per 1 juli 2010 is integrale bekostiging van zorg conform deze zorgstandaard mogelijk. De NZa verwacht dat het voor meer chronische aandoeningen zinvol is om te onderzoeken of integrale bekostiging wenselijk is, maar meent dat hiervoor meer tijd nodig is dan de minister had gehoopt. Rond de nieuwe vorm van bekostiging bestaat veel discussie in de zorgsector, vanwege de mogelijke<sup>16</sup> financiële gevolgen voor zorgverleners.

#### *Patiëntbetrokkenheid nog steeds beperkt*

De betrokkenheid van *patiënten* bij de samenwerking tussen zorgverleners bleek in 2006 beperkt te zijn. Wij hebben de minister daarom aanbevolen te onderzoeken of in de nieuwe Wet cliëntenrechten zorg patiëntbetrokkenheid bij afstemmingsafspraken als een recht voor de 'zorgconsument' kon worden geformuleerd.

Nog in 2006 zijn – zoals toegezegd – een advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en een onderzoek van de IGZ verschenen

---

<sup>14</sup> Integrale bekostiging is een vorm van zorgfinanciering die over de 'schotten in de zorg' heen gaat. Het idee is dat de bekostiging wordt gebaseerd op heldere functieomschrijvingen (zorgstandaarden). De bekostiging is daarmee niet langer gebaseerd op verrichtingen van onderscheiden zorgverleners, maar op een integraal zorgprogramma.

<sup>15</sup> COPD staat voor 'Chronic Obstructive Pulmonary Disease'. Het is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem.

<sup>16</sup> Wij hebben daar in deze terugblik geen nader onderzoek naar gedaan.



over de mogelijke meerwaarde van een Zorgconsumentenwet. Inmiddels is een voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg aan de Tweede Kamer aangeboden (Tweede Kamer, 2010). In dit wetsvoorstel is afstemming van zorg opgenomen als aspect van de goede zorg waar de patiënt recht op heeft.

15

Wij zien dat patiënten nog altijd weinig worden betrokken bij de ontwikkeling van zorgstandaarden. Bij de ontwikkeling van faciliteiten voor zelfmanagement van patiënten (bijvoorbeeld websites met adviezen voor mensen met een chronische aandoening, of systemen waarmee patiënten zelf bloedwaarden kunnen meten), een nieuwe bouwsteen in het beleid van de minister, bestaat behoefte aan structuur, om een gefragmenteerde aanpak per aandoening te voorkomen en om ervoor te zorgen dat succesvolle projecten zich verspreiden.

Het voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg regelt de wettelijke positie van patiënten. Om deze positie waar te maken moeten patiënten (c.q. patiëntencollectieven) goed toegerust zijn en tegenkracht kunnen bieden. Wij achten een extra duwtje in de rug van patiënten (collectieven) wenselijk; wij denken bijvoorbeeld aan het bevorderen van het beschikbaar stellen van patiëntervaringen en aan (financiële) prikkels voor kleinere collectieven om zich te verenigen.

Wij ondersteunen ook het pleidooi van de Initiatiefgroep Zelfmanagement om bij de ontwikkeling van zelfmanagement meer te gaan werken vanuit één visie die gedragen wordt door patiënten, professionals, bedrijven, zorgorganisaties en zorgverzekeraars en bevelen de minister aan hier het voortouw in te nemen.

#### *Inkoop van integrale zorg door de zorgverzekeraars nog mondjesmaat*

In ons onderzoek van 2006 bleek dat de zorgverzekeraars de VWS-regelingen en -programma's voor zorgvernieuwing slechts beperkt hadden benut. Wij meenden dat de minister van VWS de zorgverzekeraars uitdrukkelijker moest aanspreken (bijvoorbeeld in de vorm van een convenant) op hun verantwoordelijkheid voor het bevorderen van de kwaliteit van zorg. Wij vonden ook dat de minister met de zorgverzekeraars expliciet afspraken moest maken over de taken van de Regionale Ondersteuningsstructuren<sup>17</sup> bij het bevorderen van samenwerking tussen zorgverleners.

De minister gaf in zijn reactie op ons rapport aan geen gevolg te zullen geven aan deze aanbevelingen. Hij vond dat niet passen in zijn sturingsfilosofie. Hij vertrouwde erop dat zorgverzekeraars hun rol zouden spelen

---

<sup>17</sup> Vanaf 2005 bieden veel zorgverzekeraars ondersteuning aan via regionale ondersteuningsstructuren. De minister van VWS wilde dat met premiegefinancierde middelen een geïntegreerde ondersteuningsstructuur voor beroepsbeoefenaars in de eerstelijnszorg zou worden ontwikkeld.



door het inkopen van 'ketenzorg'. De minister meldde ook dat partijen binnen het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE) werkten aan voorstellen om de opzet van de regionale ondersteuning te verbeteren.

16

Inmiddels heeft de minister – in de beleidsbrief *Een dynamische eerstelijnszorg* (VWS, 2008b) – aangegeven de positie van de Regionale Ondersteuningsstructuren bij het organiseren van regionale samenwerking te willen versterken.

Wij zien op dit moment dat zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg voor diabetespatiënten hun rol gedeeltelijk vervullen zoals beoogd. Gedeeltelijk, want er worden veelal *delen* van de zorgstandaard ingekocht.<sup>18</sup> Faciliteiten voor preventie en zelfmanagement – belangrijke onderdelen van de programmatische aanpak van chronische ziekten – worden door de zorgverzekeraars nog weinig ingekocht, omdat ze nog niet 'uitontwikkeld' zijn. Ook speelt een rol dat nog niet alle vormen van preventie worden bekostigd respectievelijk zijn verzekerd. Integrale zorg wordt nog maar mondjesmaat ingekocht, mede doordat zorgstandaarden (waaraan integrale bekostiging is gekoppeld) nog maar beperkt beschikbaar zijn en doordat goede informatie over de kwaliteit van geleverde zorg ontbreekt.

Wij bevelen de huidige minister van VWS aan om zich te bezinnen op positieve prikkels om zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan te zetten tot:

- het formuleren van zorgstandaarden;
- het ontwikkelen van multidisciplinaire organisatievormen voor het leveren van integrale zorg;
- zorginkoop op basis van zorgstandaarden;
- aandacht voor preventieve maatregelen, die een gezonde leefstijl bevorderen.

De minister zou bij de invoering van positieve prikkels in overleg met de veldpartijen keuzes moeten maken, om stapeling van experimenten en bekostigingsregelingen te voorkomen.

#### *Onvoldoende inzicht in kwaliteit en kosten van integrale zorg*

In ons onderzoek in 2006 kon het Ministerie van VWS ons geen volledig en actueel overzicht verschaffen van bestaande afstemmingsinitiatieven voor de twee door ons onderzochte chronische aandoeningen.

---

<sup>18</sup> Bij integrale bekostiging moet in principe de prestatie zoals door de NZa beschreven in zijn geheel worden ingekocht. Bij andere bekostigingsmethoden is dat niet het geval.



Voor de *zorgverleners* betekende het ontbreken van deze informatie dat onvoldoende gebruik kon worden gemaakt van elkaars ervaringen. *Zorgverzekeraars* konden door het ontbreken van deze informatie hun verantwoordelijkheid voor het op elkaar afstemmen van de wensen van de patiënt en de mogelijkheden van de zorgverleners onvoldoende nemen.

17

Wij hebben de minister daarom aanbevolen de continuïteit van kennisontwikkeling te bevorderen door systematische evaluatie van initiatieven en bekendmaking van *best* en *worst practices*. In het verlengde hiervan zou de minister de NZa kunnen aansporen om periodieke rapportages uit te brengen over prijs/kwaliteitverschillen tussen de verschillende bestaande vormen van integrale zorgverlening.

In zijn reactie noemde de minister verschillende initiatieven die kwalitatief goede keuze-informatie voor patiënten zouden gaan opleveren, zoals de website [kiesBeter.nl](http://kiesBeter.nl) met in de komende jaren verder uit te breiden kwaliteitsinformatie en de oprichting van een instituut voor het meten van gestandaardiseerde klantervaringen.

Ondanks deze door de minister genomen initiatieven komt kwaliteitsinformatie over zorgafstemming trager beschikbaar dan beoogd. Dit constateerden wij al in ons onderzoek *Implementatie Kwaliteitswet zorginstellingen* (Algemene Rekenkamer, 2009a). Bovendien ging het ons bij deze aanbeveling niet in de eerste plaats om het beschikbaar komen van informatie voor patiënten, maar vooral om het beschikbaar komen van antwoord op twee vragen van zorgverleners, te weten (a) of afstemming werkt en (b) of afstemming van zorg geld kost of juist geld oplevert. Onze gesprekspartners bij het huidige onderzoek zijn unaniem van mening dat een programmatische aanpak van chronische ziekten betere en op termijn ook goedkopere zorg zal opleveren. Maar er is nog steeds geen informatie beschikbaar waaruit blijkt of en onder welke voorwaarden integrale zorg leidt tot betere en goedkopere zorg. Beschikbare onderzoeksresultaten betreffen vooral diabeteszorg en deze zijn niet eenduidig. Zorgverleners zijn mede om die reden huiverig voor cultuur- en praktijkveranderingen.

Opnieuw vragen wij dringend aandacht voor het tot stand komen van informatie over kwaliteit en kosteneffectiviteit van integrale zorg. Wij onderschrijven de initiatieven die in de komende jaren uitspraken over kwaliteit en kosteneffectiviteit mogelijk moeten maken. Maar wij vinden het belangrijk dat het niet-vrijblijvende karakter van evaluatie en gegevensverzameling in woord en daad vorm krijgt. Wij verwachten dat het inzicht in kosteneffectiviteit op de langere termijn zal opwegen tegen



mogelijke administratieve lasten op korte termijn. Wij pleiten daarom voor:

18

- (toezicht op) verplichte registratie en evaluatie van zorguitkomsten en zorgkosten bij zorgexperimenten en bij de invoering van integrale bekostiging;
- afspraken met zorgverzekeraars over het delen van gegevens die nodig zijn voor het bepalen van kwaliteit en kosteneffectiviteit;
- de instelling van een databank waarin deze gegevens worden verzameld ten behoeve van evaluaties.

#### *Landelijk EPD nog niet gerealiseerd*

De achtereenvolgende bewindspersonen van VWS hebben zich sinds 1991 gecommitteerd aan het creëren van voorzieningen die betere voorwaarden voor samenwerking tussen zorgverleners moeten scheppen, zoals het EPD. Deze faciliteit kwam ten tijde van ons onderzoek in 2006 echter maar moeizaam van de grond. Wij hebben de minister daarom aanbevolen zich in te zetten voor een snelle totstandkoming van het EPD, en daarbij aandacht te hebben voor het creëren van draagvlak binnen de zorgsector.

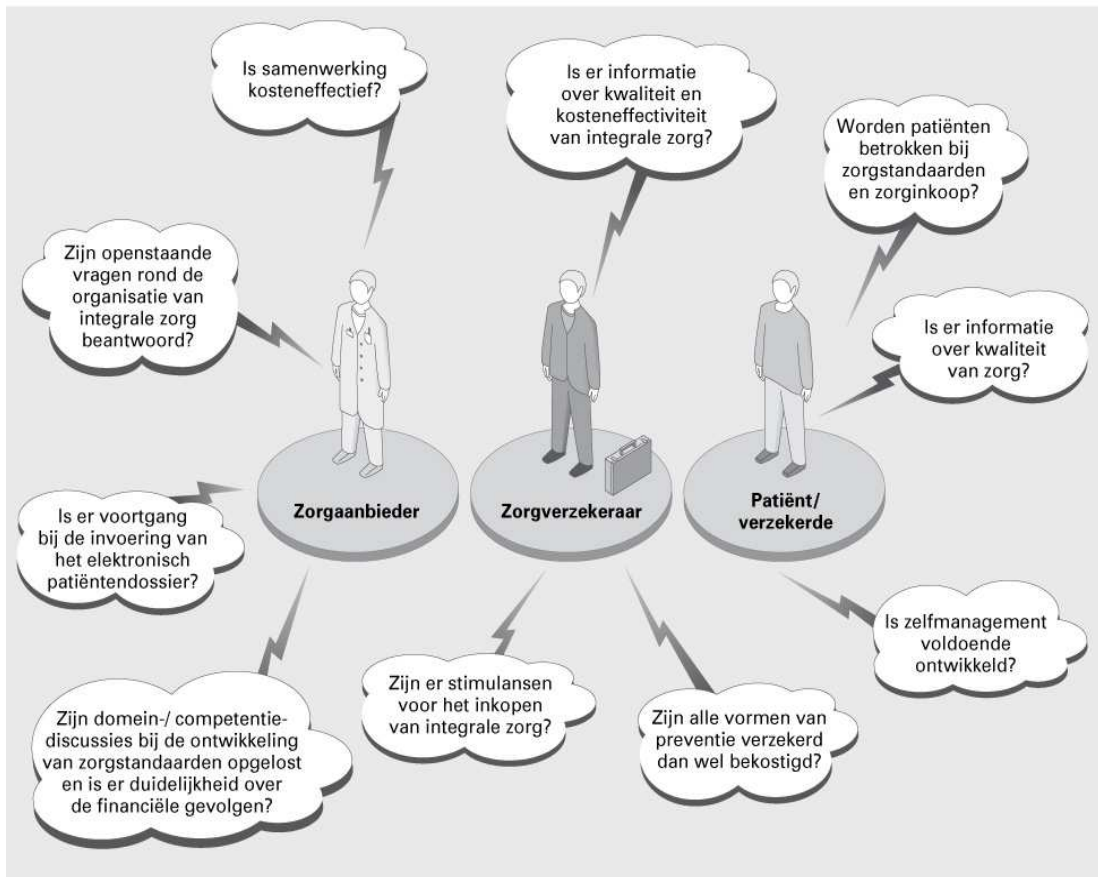
De minister meldde ons in 2006 dat de implementatie van het EPD in volle gang was en dat in het najaar van 2006 de voorlichting aan betrokkenen in het zorgveld zou worden versterkt.

Wij stellen nu vast dat de invoering van het landelijk EPD trager verloopt dan de minister heeft beoogd. De inspanningen van de minister hebben de zorgen in het veld over onder meer de informatiebeveiliging niet weggenomen.

In figuur 3 geven wij de gesignaleerde aandachtspunten voor een goede rolinvulling door de veldpartijen nog eens schematisch weer.



Figuur 3 Aandachtspunten bij de ontwikkeling van integrale zorg





## 3 Reactie minister van VWS en nawoord Algemene Rekenkamer

20

### 3.1 Reactie van de minister van VWS

De minister van VWS heeft op 1 november 2010 een reactie gegeven op ons onderzoek.<sup>19</sup> Zij memoreert in haar reactie dat er in de afgelopen tijd veel is gebeurd op het terrein van afstemming in de zorg voor chronisch zieken. De programmatische aanpak heeft volgens haar belangrijke gevolgen gehad voor de verdere ontwikkeling van zorgstandaarden, integrale zorg, dicht-bij-huiszorg, zelfmanagement, preventie en nieuwe bekostigingsmogelijkheden. De invoering van integrale bekostiging voor drie chronische aandoeningen is daarvan het resultaat.

Volgens de minister is een relativering op zijn plaats bij onze opmerking dat de implementatie van het nieuwe beleid trager verloopt dan verwacht en dat het aanbod van integrale zorg geen gelijke tred dreigt te houden met de ontwikkeling van de vraag. De minister vindt dat er in korte tijd veel is bereikt, maar dat meer tijd nodig is om de doelstellingen te bereiken. Het ingezette beleid vraagt volgens de minister een nieuwe manier van werken, zowel van patiënten, aanbieders als verzekeraars. De zorgsector moet een draai maken van aanbodbeheersing naar vraagsturing. Deze paradigmaverschuiving vraagt van allen veel inspanning en inventiviteit en de daarbij horende onzekerheid geeft – naast veel enthousiasme om deze verandering – aanleiding voor weerstand en afhoudend gedrag. Het tempo van de implementatie is daardoor lastig in te schatten, aldus de minister.

De minister neemt onze aanbeveling om te komen tot een meerjarige 'Deltaplanaanpak' (waarin met veldpartijen harde afspraken worden gemaakt over tijdige levering van prestaties en over sancties/ingrijpen bij niet-nakomen daarvan), niet over. Zij onderschrijft wel dat het belangrijk is dat er tempo wordt gemaakt met de implementatie van de integrale zorg, dat er geen plaats is voor vrijblijvendheid en dat alle partijen hun verantwoordelijkheid moeten nemen. De aanbevolen Deltaplanaanpak

---

<sup>19</sup> In dit hoofdstuk geven wij de reactie van de minister verkort weer. De volledige reactie van de minister staat op onze website [www.rekenkamer.nl](http://www.rekenkamer.nl).





acht de minister echter te complex en daardoor onuitvoerbaar. Zij vindt het wel doelmatig om met partijen een bestuurlijke agenda op te stellen op basis waarvan afspraken worden gemaakt over de implementatie van de 'programmatische aanpak' van de chronische zorg. Deze afspraken kunnen worden gekoppeld aan parallelle sporen zoals het traject 'Zichtbare zorg' (gericht op meer transparantie), het coördinatieplatform 'Zorgstandaarden', een kwaliteitsinstituut, de resultaten van de evaluatiecommissie 'Integrale bekostiging' en het traject 'Dicht-bij-huiszorg'.

21

Dat er nog veel openstaande vragen en discussiepunten zijn is volgens de minister inherent aan een groot traject als de vernieuwing van de aanpak van chronische zorg. Belangrijk is volgens haar dat de goede vragen zijn gesteld en dat de discussie kan worden gevoerd op basis van nieuwe inzichten en verworven kennis.

De minister plaatst kanttekeningen bij enkele van onze conclusies.

- De minister is het – met de zorgstandaard hartfalen als uitzondering – niet eens met onze conclusie dat de trage ontwikkeling van zorgstandaarden gevolgen heeft voor de invoering van integrale bekostiging. Zorgstandaarden, inhoudelijke instrumenten voor de kwaliteit en organisatie van maatwerkwzorg voor patiënten, staan in principe los van de bekostiging. Volgens de minister is met de Tweede Kamer afgesproken dat op basis van vier zorgstandaarden<sup>20</sup> integrale bekostiging voor die aandoeningen zal worden ingevoerd. Een evaluatiecommissie zal in 2011 rapporteren over de ervaringen en wenselijkheid om deze integrale bekostiging uit te breiden.
- De minister vindt dat ons rapport ten onrechte het beeld oproept dat de chronische zorg zich in een gestandaardiseerde zorgaanpak laat vatten. Met behulp van de zorgstandaarden worden behandelplannen om en met de patiënt opgesteld en dat is volgens de minister maatwerk en geen gestandaardiseerde zorg. De ontwikkeling en uitvoering van deze aanpak ligt bij de patiënten, zorgverleners en koepelorganisaties. De verzekeraars worden geconsulteerd en het Ministerie van VWS neemt waar mogelijk de belemmeringen weg voor de toepassing, aldus de minister.
- De minister vindt het een goede en 'sympathieke' aanbeveling om te bezien of door middel van positieve prikkels op verschillende aandachtsgebieden van de chronische zorg meer voortgang kan worden verkregen. Toch wil zij hiermee behoedzaam omgaan. Zij vindt dat partijen in het vernieuwingsproces de tijd moeten krijgen

---

<sup>20</sup> Diabetes, vasculair risicomanagement, COPD en hartfalen. Hartfalen is later afgefallen omdat de standaard niet tot stand gekomen is en wordt niet door de evaluatiecommissie meegenomen.



om een sterke basis te leggen voor vervolgstappen. In haar visie is het belangrijk dat een fundament gelegd wordt voor het maken van goede, niet-vrijblijvende afspraken tussen patiënten, aanbieders en verzekeraars. Alleen bij stagnatie van dit proces ziet zij aanleiding voor interventies van de overheid of daarvoor aangewezen gezaghebbende organen.

22

De minister onderschrijft onze aanbeveling dat de continuïteit van kennisontwikkeling moet worden bevorderd door systematische evaluatie van initiatieven en bekendmaking van de resultaten. Dit past volgens haar in het bestaande beleid en zal aan belang gaan winnen. De minister verwijst hierbij naar ZonMw-programma's zoals 'Diseasemanagement' en 'Op één lijn'. Ook in het kader van het programma 'Zichtbare zorg' is volgens haar de laatste jaren veel energie besteed om de transparantie van de (chronische) zorg te vergroten. Deze aanpak is een belangrijke motor voor de discussie over organisatie, kwaliteit en verantwoording van de integrale zorg, aldus de minister.

Tot slot zegt de minister toe dat onze aanbevelingen ook zullen worden meegenomen in de discussie over het oprichten van een kwaliteitsinstituut voor preventie en zorg.

### **3.2 Nawoord Algemene Rekenkamer**

De relativerende opmerkingen van de minister naar aanleiding van onze analyse over de traagheid van de totstandkoming van integrale zorg voor patiënten met chronische aandoeningen, geeft ons geen aanleiding om terug te komen op de conclusies van dit onderzoek. De toenmalige minister van VWS was er in 2006 van overtuigd dat het nieuwe stelsel van marktwerking zou bijdragen aan een betere afstemming van de zorgverlening aan patiënten met chronische aandoeningen; marktwerking beloont immers de zorgaanbieders die er het best in slagen deze samenwerking in ketenverband gestalte te geven, zo luidde zijn redenering. Wij constateren nu dat de minister kennelijk te optimistisch is geweest.

Met ons is de huidige minister van oordeel dat er tempo moet worden gemaakt. Waar wij pleitten voor een 'Deltaplanaanpak' wil de minister lopende initiatieven koppelen aan de opstelling van een 'bestuurlijke agenda' op basis waarvan afspraken over de implementatie van de programmatische aanpak voor de aanpak van chronische aandoeningen kunnen worden gemaakt. Wij vinden het wenselijk dat een 'bestuurlijke agenda' duidelijkheid geeft over de door de betrokken partijen te leveren



prestaties (wie, wat, wanneer) en over eventuele interventies bij stagnatie in het proces.

23

De minister wijst erop dat met de Tweede Kamer is afgesproken dat op basis van vier (later drie) zorgstandaarden integrale bekostiging voor de desbetreffende aandoeningen zal worden ingevoerd. Volgens ons heeft de Tweede Kamer erop aangedrongen integrale bekostiging alleen in te voeren voor aandoeningen waarvoor een zorgstandaard beschikbaar is. Wij stellen vast dat anno 2010 voor drie chronische aandoeningen zorgstandaarden gereed zijn. Wij hebben overigens niet beoogd te suggereren dat de chronische zorg zich in een zorgaanpak laat vatten die voor elke patiënt onverkort toepasbaar is. Zoals wij uitvoerig hebben toegelicht (bijvoorbeeld in § 3.2.1 van deel 2), geven zorgstandaarden de norm voor goede zorg aan.

Wij blijven aandacht vragen voor het beschikbaar komen van informatie over de kosteneffectiviteit van integrale zorgverlening, juist ook gelet op een beperkte beschikbaarheid van middelen.

Ten slotte valt ons op dat de minister niet ingaat op onze aanbevelingen over de rol van patiënten. Het bevorderen van patiëntbetrokkenheid is naar ons oordeel een conditio sine qua non in een stelsel dat uitgaat van vraagsturing.





## **Deel 2    Onderzoeksbevindingen**



# 1 Chronisch zieken

26

## 1.1 Hoeveel chronisch zieken zijn er?

De levensverwachting voor mannen en vrouwen is in Nederland tussen 2003 en 2008 met meer dan twee jaar toegenomen tot 78,3 jaar respectievelijk 82,3 jaar. De komende jaren zal echter ook het aantal Nederlanders met een chronische ziekte toenemen. We leven dus langer, maar de extra levensjaren die erbij zijn gekomen, gaan vaak gepaard met (chronische) ziekte. De levensverwachting zonder chronische ziekte is in de periode 2003-2008 zelfs afgenomen tot 48 jaar voor mannen en 42 jaar voor vrouwen; een daling van vier respectievelijk negen jaar. Ongezond gedrag hierbij speelt een belangrijke rol (RIVM, 2010a).

Nederland telt op dit ogenblik ten minste 4,5 miljoen chronisch zieken. Van deze mensen hebben er 1,3 miljoen verscheidene ziekten tegelijk; we noemen dit co- of multimorbiditeit.<sup>21</sup> Tot de leeftijd van ongeveer 55 jaar is multimorbiditeit nog relatief zeldzaam, maar onder ouderen komt het veelvuldig voor: bijna één op de drie 75-plussers heeft meer dan één chronische ziekte onder de leden. Te voorzien is dat hierdoor de zorg voor deze doelgroep complexer zal worden (RIVM, 2010a).

In figuur 4 is de verwachte toename van een aantal belangrijke chronische ziekten weergegeven (RIVM, 2007). Het RIVM verwachtte in 2007 dat in 2025 ongeveer 940.000 mensen gediagnosticeerde diabetes zouden hebben, 1.200.000 mensen osteoporose (botontkalking) en 540.000 mensen COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease; een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem).

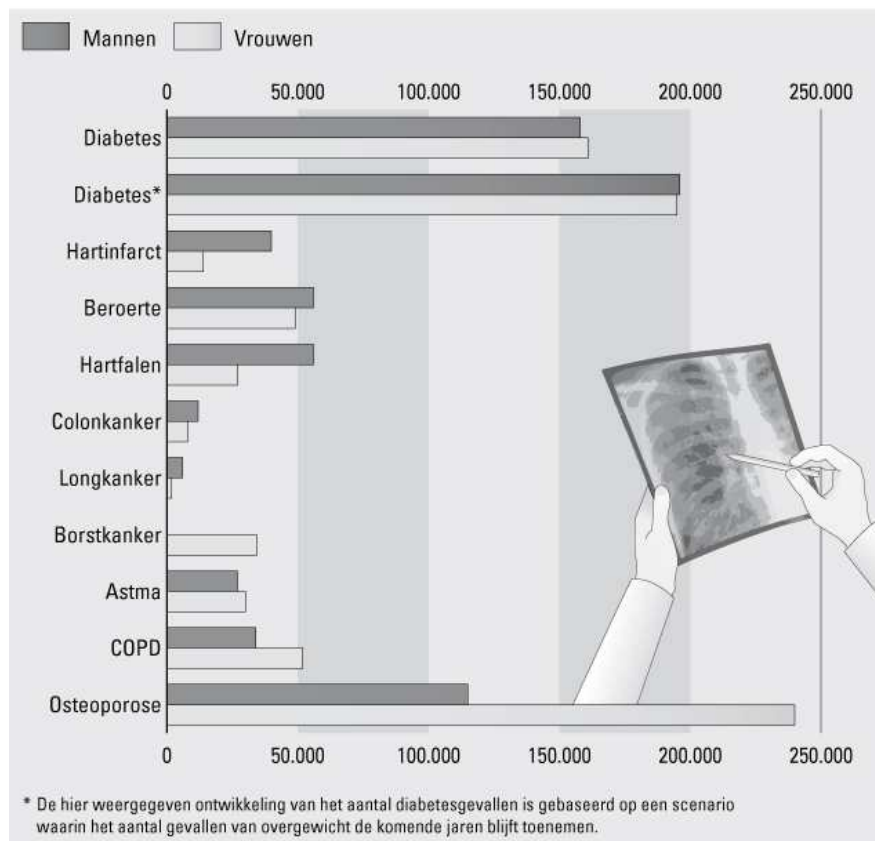
---

<sup>21</sup> Van comorbiditeit is sprake als iemand verscheidene aan elkaar gerelateerde aandoeningen heeft (diabetes en obesitas gaan bijvoorbeeld vaak samen). Van multimorbiditeit is sprake als iemand verscheidene niet aan elkaar gerelateerde aandoeningen heeft.



**Figuur 4 Absolute toename van verschillende ziekten over 2005-2025**  
*In aantallen ziektegevallen op enig moment in het betreffende jaar*

27



Inmiddels is het cijfer voor het aantal mensen met diabetes bijgesteld naar 1,3 miljoen (RIVM, 2010a). Diabetes is op dit moment de snelst groeiende chronische ziekte in Nederland, op de voet gevolgd door artrose, hartziekten, nek- en schouderklachten en slechthorendheid. Er zijn nu al ongeveer 1 miljoen diabetespatiënten (driekwart daarvan is zich bewust dat men de ziekte heeft) en ieder jaar komen er zo'n 72.000 patiënten bij. Bovendien krijgen mensen de ziekte op steeds jongere leeftijd. In de jaren negentig was de gemiddelde diagnoseleeftijd 70 jaar; anno 2010 is de gemiddelde diagnoseleeftijd gedaald naar 55 jaar.<sup>22</sup> Het RIVM becijfert in zijn laatste toekomstverkenning van de volksgezondheid dat diabetes en artrose ook in de toekomst de ziekten zullen zijn waar de meeste mensen aan zullen lijden. Daarnaast vertoont het aantal psychische stoornissen een sterke groei.

Het percentage Nederlanders dat zegt een chronische ziekte te hebben is vergelijkbaar met het gemiddelde in de EU-lidstaten (Eurostat, 2009). Dat blijkt uit figuur 5. In 2008 leed 28% van de Nederlandse mannen en 34% van de Nederlandse vrouwen van 15 jaar en ouder aan een chronische

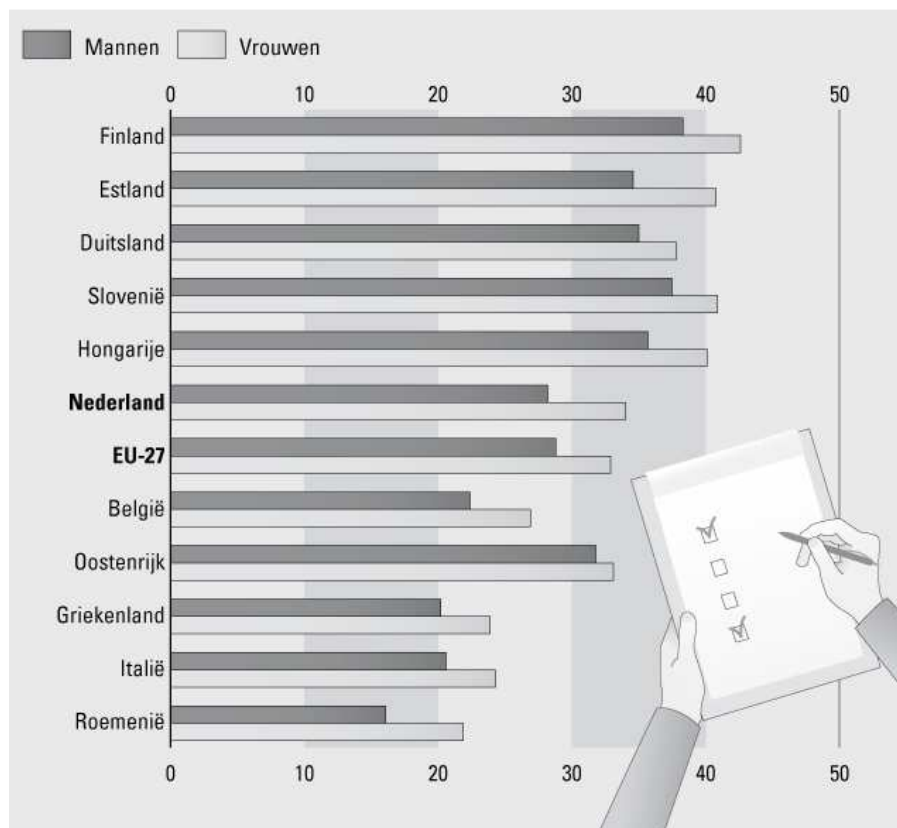
<sup>22</sup> Deze cijfers zijn afkomstig van [www.kijkopdiabetes.nl](http://www.kijkopdiabetes.nl). Wij hebben deze cijfers niet gevalideerd.



ziekte (in alle EU-lidstaten samen: 29% van de mannen en 33% van de vrouwen).<sup>23</sup>

28

**Figuur 5 Mannen en vrouwen van vijftien jaar en ouder met een zelfgerapporteerde chronische ziekte in 2008**  
Per EU-lidstaat, in procenten



## 1.2 Wat kost de chronische zorg?

Op dit moment gaat 8 tot 9% van ons bruto nationaal product naar de zorg. We hebben het dan over een bedrag van € 58 miljard per jaar. De kosten van chronische ziektezorg, betaald op basis van de Zorgverzekeringswet bedroegen in 2006 volgens de minister van VWS<sup>24</sup> circa € 18 miljard. Dat is naar schatting ongeveer 70% van de totale zorgkosten binnen de Zorgverzekeringswet en betreft 20% van de verzekerden. Daar bovenop komt nog eens € 23 miljard uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In 2040 zal volgens schatting minstens 14% van ons bruto nationaal product naar de zorg gaan.

<sup>23</sup> De cijfers zijn gebaseerd op zelfrapportage.

<sup>24</sup> Toespraak van de minister van VWS op het Nationale congres Keten zorg, Utrecht op 3 juli 2009. Wij hebben deze cijfers niet gevalideerd.

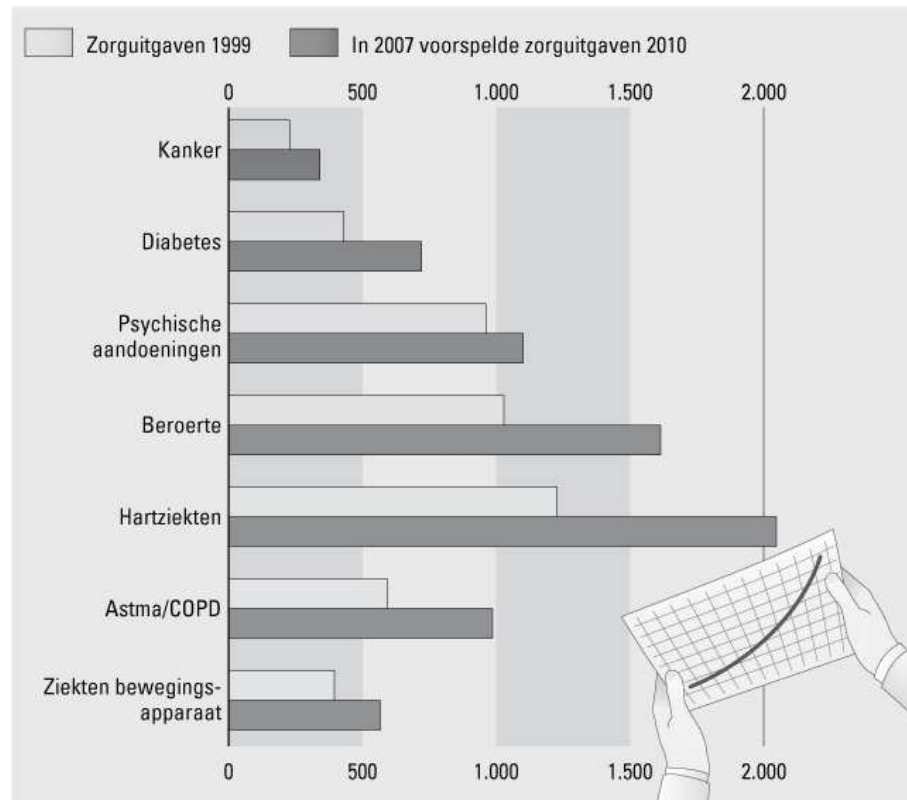




In 2007 werd een grote stijging van de kosten van een aantal chronische aandoeningen verwacht (figuur 6; RIVM, 2007).<sup>25</sup> De stijging is relatief het grootst bij de aandoeningen hartziekte, beroerte en diabetes.

29

**Figuur 6 In 2007 voorspelde ontwikkeling van kosten van chronische zorg**  
*In miljoenen euro's*



<sup>25</sup> Recentere gegevens zijn niet beschikbaar.



## **2 VWS-beleid na 2006**

30

### **2.1 Achtergrond van onze aanbevelingen in 2006**

In ons onderzoek in 2006 constateerden wij dat in het landelijke beleid van VWS omstreeks 1999 een verschuiving had plaatsgevonden van specifiek beleid voor chronisch zieken, naar generiek beleid dat moest bijdragen aan het tot stand komen van samenwerking tussen zorgverleners. In het beleid van de minister van VWS waren ten tijde van ons onderzoek echter nog geen meetbare doelstellingen voor afstemming in de zorg aan chronisch zieken geformuleerd. De minister bleek niet te beschikken over volledige en actuele informatie aan de hand waarvan hij de effectiviteit kon monitoren van het beleid om afstemming in de zorg te bevorderen. Daardoor kon hij zich geen goed oordeel vormen over de mate waarin zijn beleid werd gerealiseerd en over de vraag of de door hem ingezette instrumenten toereikend waren, zo stelden wij vast. Ook signaleerden wij dat de minister van VWS over beleidsbeslissingen op het terrein van afstemming binnen de zorg onvoldoende communiceerde met het veld. Het beleid werd door velen in de zorgsector niet begrepen. Zorgverleners vonden dat het ministerie tegenstrijdige signalen afgaf door enerzijds marktwerking en concurrentie te stimuleren en anderzijds samenwerking te bevorderen.

Wij hebben de minister van VWS indertijd aanbevolen om zijn beleid toetsbaar en controleerbaar te maken en duidelijkheid te scheppen over de relatie tussen marktwerking en samenwerking binnen de zorg.

In § 2.2 beschrijven wij de relevante ontwikkelingen in het VWS-beleid sinds 2006. In § 2.3 leggen wij het thans gevoerde beleid naast onze aanbevelingen uit 2006. Wij sluiten af met een samenvatting (§ 2.4).

### **2.2 Beleidsontwikkeling na 2006**

#### **2.2.1 Diabeteszorg als voorloper**

In ons onderzoek van 2006 maakten wij melding van de aandacht die in het beleid van VWS uitging naar de verbetering van de diabeteszorg;



deze zorg werd door de minister van VWS als een belangrijke hoeksteen voor de bepaling van het chronisch ziektebeleid gezien (VWS, 2004). Enkele jaren eerder, in 2003, was het de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), koepelorganisatie van patiënten, zorgverleners en wetenschappers, gelukt om gezamenlijk de NDF Zorgstandaard te ontwikkelen. Deze omschrijft op hoofdlijnen en vanuit een integrale benadering de verschillende onderdelen van goede diabeteszorg. In 2005 verscheen een plan van aanpak van de Taakgroep Programma Diabeteszorg (VWS, 2005a). In het plan wordt aangegeven dat de zorg rond chronische aandoeningen een andere visie op ziekte en gezondheid vraagt dan bijvoorbeeld acute ziekten: het gaat niet om genezen, maar om het voorkomen van verslechtering en complicaties en om het leven met enige aanpassingen toch zo goed en aangenaam mogelijk te maken. De zorg moet zo dicht mogelijk om de patiënt worden georganiseerd en aangeboden worden door goed samenwerkende zorgaanbieders. Hierbij ligt het volgens de taakgroep voor de hand dat de zorg in hoofdzaak door de eerste lijn wordt geleverd. In het plan wordt ook gepleit voor een nieuw inkoopinstrument voor de zorgverzekeraar, namelijk integrale bekostiging van de diabeteszorg op basis van de NDF Zorgstandaard.

31

Medio 2005 deelde de minister de Tweede Kamer mee de voorstellen van de taakgroep te onderschrijven en eind 2005 te komen met een visie op de aanpak van chronische ziekten in brede zin (VWS, 2005b). Hiermee was de basis gelegd voor de aanpak en de inhoud van het chronische ziektenbeleid voor de komende jaren. De visie liet enige tijd op zich wachten, maar verscheen uiteindelijk begin 2008 (zie § 2.2.4).

Om de verbetering van de organisatie van diabeteszorg verder uit te werken zette het kennisinstituut ZonMw – in opdracht van VWS – in 2005 een Programma Diabetes Ketenzorg op. Het programma loopt tot 2009 en er is een budget van € 1,5 miljoen beschikbaar. Sinds 2007 wordt in dit programma ook ervaring opgedaan met een nieuwe vorm van bekostiging: tien diabetes-zorggroepen experimenteren met integrale bekostiging via een diabetes diagnose-behandelcombinatie voor de ketenzorg, gebaseerd op de geactualiseerde NDF Zorgstandaard.

### **2.2.2 Kabinetsvisie op gezondheid en preventie**

In september 2007 stuurden de bewindspersonen van VWS een brief aan de Tweede Kamer over preventiebeleid voor de gezondheid (VWS, 2007a). Daarin wordt de noodzaak beschreven om te komen tot een brede programmatische aanpak van chronische ziekten. Samen met de



beroeps- en patiëntenorganisaties wil het departement de ontwikkeling van ketenzorg voor chronisch zieken stimuleren. Een sluitende keten bestaat niet alleen uit goede diagnostiek, behandeling en begeleiding maar ook – anders dan voorheen – uit vroege opsporing, preventie, voorlichting op maat en 'zelfmanagement'. Zelfmanagement leert chronisch zieken omgaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties van hun chronische aandoening. Op die manier wordt de zelfredzaamheid van patiënten bevorderd.

In zijn brief benoemt de minister de chronische ziekten diabetes en depressie tot 'prioritaire thema's' van het preventiebeleid.

32

### 2.2.3 Versterking eerste lijn

In januari 2008 heeft de minister van VWS zijn visie op de eerstelijnszorg neergelegd in een brief aan de Tweede Kamer (VWS, 2008b). Het aanbrengen van *meer samenhang in de zorg* is één van de thema's in deze brief. De eerstelijnszorg zal zich sterker in moeten zetten voor multidisciplinaire samenwerking, om zorg te leveren die is georganiseerd rond de patiënt, die niet alleen tussen zorgverleners afgestemd is maar ook zoveel mogelijk dichtbij huis (in de eerste lijn) plaatsvindt. Dat is vooral belangrijk voor bepaalde groepen patiënten, waaronder chronisch zieken, zo meent de minister.

Ook *taakherschikking* heeft in de visie die de minister formuleert een prominente plaats. Taakherschikking moet ertoe bijdragen dat de zorg doelmatiger wordt en bijdraagt aan het oplossen van het personeels-tekort. Het beoogde resultaat is een meer patiëntgerichte zorg met behoud van en een mogelijke verbetering van kwaliteit.

#### Taakherschikking en kwaliteit van zorg

Taakherschikking levert een positieve bijdrage aan veilige, effectieve, patiëntgerichte en toegankelijke zorg. Deze conclusie trekt de IGZ na verkennend onderzoek naar vijf vormen van taakherschikking in de cure, care en preventieve gezondheidszorg. Patiënten hebben er merkbaar voordeel van, onder meer doordat ze beter op hun persoon toegesneden zorg krijgen, complicaties sneller worden herkend en medicatie sneller ingeregeld is (IGZ, 2007a).

Een ander thema in de brief van de minister van VWS van januari 2008 betreft *meer innovatie, ondernemerschap en een betere zorginkoop*. Hier gaat het onder meer om de inkooprol van zorgverzekeraars: zorgverzekeraars moeten door hun inkoopproces de zorgaanbieders stimuleren om zorg te bieden die gebaseerd is op samenwerking.

In een volgende brief, van juli 2008 (VWS, 2008c), heeft de minister nader aangegeven hoe hij de eerstelijnszorg wil stimuleren en ondersteunen. Geschaard onder de thema's *Meer samenhang* en *Meer*



*innovatie en ondernemerschap en betere zorginkoop* worden de volgende voor dit onderzoek relevante acties genoemd:

33

**Acties in het thema *Meer samenhang***

- Helder beleggen van verantwoordelijkheid in het zorgproces en de ketenzorg.
- Randvoorwaarden creëren waardoor chronische zorg integraal wordt aangeboden en waar mogelijk in de eerstelijnszorg.
- Meer nadruk op preventie.
- Invoering landelijk EPD

**Acties in het thema *Meer innovatie, ondernemerschap en betere zorginkoop***

- Integrale bekostiging.
- Bevorderen dat inkoopspecificaties van zorgverzekeraars zijn gebaseerd op zorgstandaarden.
- Regionale ondersteuningsstructuren versterken en afstemmen met de ondersteuningsstructuur voor de openbare gezondheidszorg.

Medio 2009 is het kennisinstituut ZonMw in opdracht van VWS gestart met het programma *Op één lijn*. Het programma moet bijdragen aan organisatorische versterking door innovatie en ondernemerschap van de eerste lijn, waardoor de zorg nabij huis beter wordt afgestemd op de gezondheidstoestand en de zorgvraag van de lokale bevolking. Er is speciale aandacht voor zes chronische aandoeningen (diabetes, hartfalen, vasculair risicomangement,<sup>26</sup> COPD, psychische aandoeningen en klachten aan het bewegingsapparaat) en voor de zorg aan ouderen. Het programma zal vijf jaar lopen en er is € 18,6 miljoen voor beschikbaar.

#### **2.2.4 Programmatische aanpak van chronische ziekten**

In juni 2008 hebben de minister en de staatssecretaris van VWS de in 2005 aangekondigde visie op de aanpak van chronische ziekten gepresenteerd. Hun beleidsbrief (VWS, 2008a) voorspelt een sterke toename van het aantal mensen met een chronische ziekte en schetst de gevolgen daarvan voor het individu (toename van beperkingen in de levenssituatie), de zorg (stijging van de zorgkosten) en de maatschappij (stijging van maatschappelijke kosten, onder meer als gevolg van arbeidsverzuim). Om het tij te keren formuleren de bewindspersonen vier 'ambities':

1. de toename van het aantal mensen met een chronische aandoening wordt afgeremd;
2. de leeftijd waarop een chronische ziekte zich voor het eerst manifesteert wordt uitgesteld;
3. de complicaties als gevolg van de chronische ziekte worden voorkomen dan wel uitgesteld;

<sup>26</sup> Vasculair risicomangement is diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, inclusief leefstijladviezen en begeleiding.



4. mensen met een chronische aandoening worden in staat gesteld zo goed mogelijk met hun ziekte om te gaan, zodat de best mogelijke kwaliteit van leven wordt bereikt.

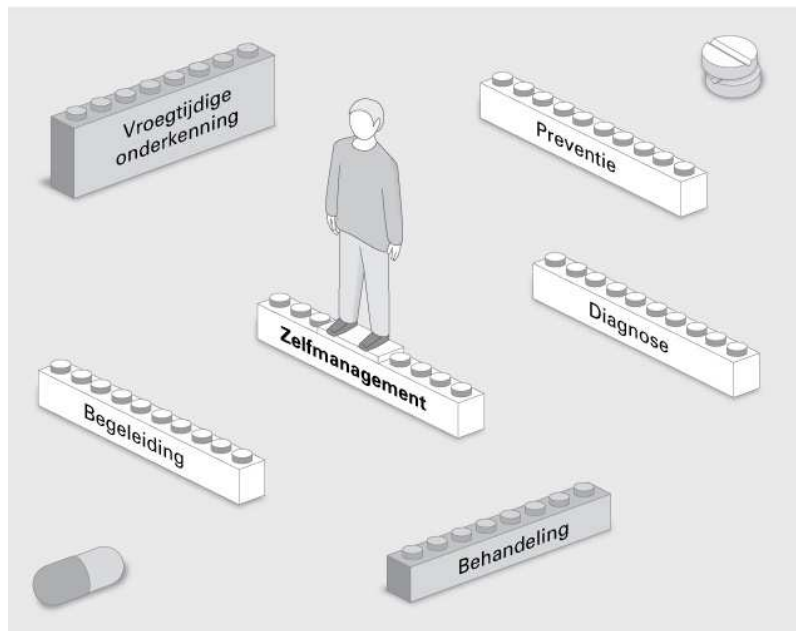
34

De bewindspersonen willen deze doelen bereiken door een programmatische aanpak, ook wel aangeduid met de internationale term 'disease management' (zie bijlage 5 voor een beschrijving van dit begrip vanuit internationaal perspectief).

De programmatische aanpak in Nederland stelt de patiënt centraal en voorziet in een zoveel mogelijk sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, preventie, zelfmanagement en goede zorg. Er wordt aan vier thema's gewerkt:

- de ontwikkeling en verbetering van zorgstandaarden, waarin de inhoud van de zorg voor een specifieke chronische aandoening wordt beschreven en de bijpassende multidisciplinaire organisatie (zie figuur 7 voor de bouwstenen van een zorgstandaard);
- het versterken van de samenhang tussen preventie en zorg;
- de ontwikkeling van zelfmanagement;
- beter afgestemde multidisciplinaire zorg.

Figuur 7 De bouwstenen van een zorgstandaard



Omdat veel chronische ziekten gerelateerd zijn aan leefstijl streven de bewindslieden naar collectieve preventie:<sup>27</sup> gezondheidsbevorderende

<sup>27</sup> Collectieve preventie is onder te verdelen in universele preventie (voor de gehele bevolking) en op selectieve preventie (gericht op risicogroepen in de bevolking) (CVZ, 2007).



maatregelen, gericht op de thema's bewegen, roken, alcohol en overgewicht.

35

#### **Leefstijlinterventies in het basispakket**

De minister van VWS is voornemens een aantal preventieve interventiestrategieën op termijn in het basispakket van de Zorgverzekeringswet op te nemen. Zo wordt hulp bij stoppen met roken per 2011 in het basispakket opgenomen. Ook opname van de beweegkuur in het basispakket is voorzien in 2011. Met een beweegkuur begeleidt de huisarts mensen met (een verhoogd risico op) diabetes en/of overgewicht naar een gezonde leefstijl (VWS, 2010b).

Daarnaast is de inzet gericht op individuele preventie: geïndiceerde preventie, gericht op mensen met beginnende klachten en symptomen<sup>28</sup> én zorggerelateerde preventie.<sup>29</sup> Hiertoe is volgens de bewindspersonen adequaat zelfmanagement essentieel. De patiënt moet daarvoor weten wat zijn/haar ziekte inhoudt, wat de consequenties zijn en wat hij zelf kan en moet doen om de ziekte(complicaties) te voorkomen of te beheersen.

De voorgenomen activiteiten richten zich niet alleen op diabetes en depressie, de chronische aandoeningen die door de minister in zijn nieuwe preventienota als speerpunten zijn gekozen (VWS, 2007a), maar ook op andere chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, kanker, astma en chronische longziekten, psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat (inmiddels verbijzonderd naar artrose).

Kennisinstituut ZonMw krijgt de opdracht om een programma 'Disease-management chronische ziekten' te gaan uitvoeren. De doelstellingen van dit programma zijn onder meer het uitvoeren van experimenten op het gebied van *disease management*, het stimuleren van kennisontwikkeling en het bevorderen dat gebruik wordt gemaakt van succesvol afgeronde projecten. Het programma loopt van 2009-2012 en heeft een budget van € 10,5 miljoen (waarvan € 4 miljoen van VWS).

Om de programmatische aanpak in de praktijk uit te werken krijgt de NDF in 2009 opdracht van de minister van VWS om het Nationaal Actieprogramma Diabetes uit te voeren. Dit actieprogramma is gericht op preventie van (complicaties van) diabetes en goede zorg voor mensen

<sup>28</sup> Geïndiceerde preventie is preventie gericht op individuen die (nog) geen gediagnosticeerde ziekte of stoornis hebben maar wel beginnende klachten, met als doel de keten van preventie en curatie zodanig in te richten dat gezondheidsschade maximaal wordt voorkomen (CVZ, 2007).

<sup>29</sup> Zorggerelateerde preventie is preventie gericht op individuen met één of meerdere manifeste gezondheidsproblemen, met als doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, reductie van ziektelast en het voorkomen van erger (CVZ, 2007).



met diabetes.<sup>30</sup> Het is het eerste programma voor de bestrijding van een chronische ziekte. De minister van VWS heeft er tot 2013 € 10 miljoen voor uitgetrokken. Het is de bedoeling van het programma om de opgedane ervaringen met de programmatische aanpak van diabetes te verbreden naar de aanpak van andere chronische aandoeningen.<sup>31</sup>

36

### 2.2.5 Integrale bekostiging

Naar aanleiding van de experimenten met een keten-diagnose-behandelcombinaties voor diabetes (zie § 2.2.1) kondigde de minister van VWS in december 2008 aan de zorg voor chronisch zieken voortaan te willen bekostigen door middel van *integrale bekostiging* (VWS, 2008d). Zorgstandaarden moeten de basis gaan vormen voor deze nieuwe vorm van bekostiging die over 'schotten in de zorg'<sup>32</sup> heen gaat.

#### **Integrale bekostiging**

Integrale bekostiging gaat uit van de zorgvraag of de aandoening van de patiënt. De bekostiging is niet langer gebaseerd op verrichtingen van onderscheiden zorgverleners, maar op een integraal zorgprogramma. Door de zorg integraal in te kopen zal de zorgverzekeraar zorgaanbieders stimuleren om te gaan samenwerken in ketens die zijn vormgegeven rondom de zorgvraag, zo is de gedachte.

Omdat de zorgstandaarden voor de diabeteszorg, COPD-zorg, de zorg voor vasculair risicomanagement en de zorg voor hartfalen het verst gevorderd zijn en er veel mogelijkheden zijn voor optimalisatie van de te leveren zorg, wilde de minister voor deze chronische aandoeningen integrale bekostiging per 1 januari 2010 mogelijk maken. Integrale bekostiging is in januari 2010 daadwerkelijk ingevoerd voor twee van de vier aandoeningen: diabetes en vasculair risicomanagement. Voor COPD is in mei 2010 de zorgstandaard vastgesteld. Per 1 juli 2010 is integrale bekostiging van zorg conform deze zorgstandaard mogelijk. De zorgstandaard voor hartfalen is nog niet van de grond gekomen.

<sup>30</sup> Voorbeelden van de acties zijn voorlichting, vroege opsporing, versterking van de positie van mensen met diabetes en het e-diabetesdossier in het EPD.

<sup>31</sup> Ook met andere organisaties wordt afstemming en samenwerking nagestreefd, onder meer met het CBO, Nictiz, Zorgverzekeraars Nederland, het CVZ en de NZa.

<sup>32</sup> Hier wordt bedoeld op schotten in de Nederlandse gezondheidszorg: schotten tussen de eerste en tweede lijn, maar ook schotten tussen de verzekeringssystemen die bij de preventie, de behandeling en de begeleiding bij chronische ziekten aan de orde kunnen zijn (Toelichting: voor de bekostiging kunnen verscheidene financieringsbronnen worden ingezet: de Zorgverzekeringswet, de AWBZ, de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Wet publieke gezondheid en private gelden).





## 2.2.6 Recente ontwikkelingen

37

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft in april 2010 een discussienota uitgebracht over de sterke toename van chronische ongezondheid (RVZ, 2010). Naar het oordeel van de raad zal in de benadering van chronische ongezondheid het accent moeten verschuiven van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag. Dit zou voor de zorgverleners een grote omslag betekenen: zij zouden meer nadruk moeten gaan leggen op preventie en begeleiding van de patiënt om diens leefstijl te verbeteren (zelfmanagement). Eén van de mogelijkheden hiertoe is volgens de raad de inrichting van laagdrempelige inloopcentra voor welzijn en zorg, waar eenvoudige medische controles kunnen worden uitgevoerd en mensen advies kunnen krijgen over eten en bewegen.

Op 17 mei 2010 heeft de minister van VWS met een voortgangsbrief de Tweede Kamer geïnformeerd over de stand van zaken rond de programmatische aanpak van chronische ziekten (VWS, 2010a). VWS werkt thans aan een nieuwe, bredere toekomstvisie die ook chronische zorg en ouderenzorg omvat. Het uitbrengen van deze visie is echter vertraagd door de val van het vierde kabinet-Balkenende.

## 2.3 Beleidscyclus versterkt?

### 2.3.1 Beleid toetsbaar en controleerbaar maken

Wij deden in 2006 de aanbeveling dat de minister van VWS, door de VBTB-systematiek<sup>33</sup> toe te passen en door zijn doelstellingen SMART<sup>34</sup> te formuleren, duidelijk zou kunnen maken wat hij precies met zijn streven naar betere afstemming van de zorgverlening beoogde en hoe hij dat in praktijk wilde bereiken. Wij deden ook de aanbeveling dat de minister de resultaten van zijn beleid zou moeten monitoren (onder meer via de IGZ). De minister reageerde instemmend op deze aanbevelingen. Hij meldde ons dat de VBTB-conformiteit van de begroting met ingang van de Begroting 2007 was verbeterd, onder meer door een concretisering van de doelstellingen per beleidsartikel en door het opnemen van prestatie-indicatoren. De IGZ zou in haar werkplan voor 2007 specifieke aandacht

---

<sup>33</sup> Van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording. De VBTB-systematiek heeft tot doel om zowel in departementale begrotingen als departementale jaarverslagen een relatie te leggen tussen het beleid, de daarmee te leveren c.q. geleverde prestaties en het daarvoor benodigde c.q. bestede geld, en op die manier de begroting informatiever te maken en het parlement beter in staat te stellen begrotingen en jaarverslagen te beoordelen.

<sup>34</sup> SMART staat voor: specifiek, meetbaar, realistisch en tijdgebonden.



geven aan de risicoanalyse van ketenzorg in verschillende inspectieprogramma's. De minister zou in 2006 een 'vliegende brigade' oprichten die het zorgveld moest helpen bij het oplossen van problemen met uitvoering, regellasten en bureaucratie.

38

#### *Bevindingen terugblik 2010*

Sinds 2008 is de minister specifiek beleid voor de aanpak van chronische ziekten gaan voeren. Hij heeft in zijn beleidsbrief van juni 2008 (VWS, 2008a) beschreven wat hij wil bereiken en wat hij van partijen in het zorgstelsel verwacht. Hoe multidisciplinaire samenwerking eruitziet en wat ermee wordt beoogd heeft de minister vastgelegd in beleidsbrieven van respectievelijk januari en juli 2008 (VWS, 2008b; 2008c). De doelstellingen zijn in deze beleidsstukken echter veelal niet SMART geformuleerd.

In zijn Beleidsverslag 2009 (VWS, 2010c) en in zijn Begroting 2010 (VWS, 2009a) beschrijft de minister de achtergronden van zijn programmatische aanpak voor chronische ziekten en zijn aanpak om te komen tot een versterking van de eerstelijnszorg. Het Jaarverslag en de Begroting bevatten behalve streefcijfers voor gezond leven en gezonde voeding ook een streefcijfer voor de ontwikkeling van het aantal multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijnszorg (zie § 4.3).

De IGZ heeft in 2007 en ook in latere jaren aandacht gegeven aan ketenzorg.<sup>35</sup> Ook in de komende jaren wil de IGZ aandacht aan ketenzorg blijven besteden, zoals blijkt uit het *Werkplan 2010* (IGZ, 2009b) en uit het *Meerjarenbeleidsplan 2008 tot 2011* (IGZ, 2007b).

De *Zorgbalans 2010* (RIVM, 2010b) noemt 'samenhang in de zorg' als één van de prioriteiten waar verbetering van indicatoren wenselijk is: "het toenemend aantal initiatieven rond de invoering van ketenzorg maakt het wenselijk om systematisch te monitoren hoe het staat met de coördinatie van de zorg, zowel op patiëntniveau als op systeemniveau (aansluiting tussen sectoren)". Of de in de toezegging vermelde 'vliegende brigade' is opgericht en wat dat heeft opgeleverd hebben wij niet kunnen achterhalen.

---

<sup>35</sup> In maart 2009 publiceerde de IGZ bijvoorbeeld de resultaten van onderzoek naar de zorg voor patiënten met borst-, prostaat-, en longkanker en patiënten die ook radiotherapeutische zorg ontvingen (IGZ, 2009a).



### 2.3.2 Duidelijkheid scheppen over de relatie tussen marktwerking en samenwerking

39

Zorgverleners vonden in 2006 dat het Ministerie van VWS tegenstrijdige signalen afgaf door enerzijds marktwerking en concurrentie in de zorgsector te stimuleren en anderzijds de samenwerking in diezelfde sector te bevorderen. Wij deden daarom de aanbeveling dat de minister duidelijk zou kunnen maken hoe het streven naar samenwerking zich verhoudt tot het streven naar meer concurrentie. De minister stelde in zijn reactie op deze aanbeveling dat zorgaanbieders hun posities nog moesten leren innemen en 'de regels van het spel' nog moesten leren. Samen met de NMa, de NZa en het Ministerie van Economische Zaken werden volgens de minister instrumenten ontwikkeld om hen daarin te ondersteunen. De NMa had op dat moment al richtsnoeren ontwikkeld voor de mogelijkheden voor samenwerking binnen de Mededingingswet. De minister zou met de betrokken koepels nagaan of de komende tijd nieuwe initiatieven op dit gebied moesten worden ontwikkeld.

#### *Bevindingen terugblik 2010*

De NMa heeft in december 2007 herziene richtsnoeren voor de zorgsector<sup>36</sup> ontwikkeld voor de mogelijkheden voor samenwerking binnen de Mededingingswet. In deze richtsnoeren wordt ingegaan op de mededingingsrechtelijke aspecten van de verschillende soorten samenwerkingsverbanden die in de zorgsector zijn ontstaan.

Met de invoering in 2006 van de Wet marktordening gezondheidszorg is – naast het algemene mededingingsrecht – ook een sectorspecifiek mededingingsrecht ingevoerd. De NZa heeft als markttoezichthouder in de zorg de bevoegdheid om regulerend op te treden in situaties waarin sprake is van 'aanmerkelijke marktmacht'. In oktober 2008 is de *Beleidsmaatregel Aanmerkelijke Marktmacht in de Zorg* (NZa, 2008) van kracht geworden. Daarin geeft de NZa uitleg over de wijze waarop zij haar bevoegdheden uitlegt en toepast.

#### **Aanmerkelijke marktmacht**

Van aanmerkelijke marktmacht is sprake wanneer een of meer zorgaanbieder(s) of zorgverzekeraar(s) in een dusdanig onafhankelijke positie verkeren ten opzichte van concurrenten en/of consumenten, dat zij alleen dan wel gezamenlijk de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan kunnen belemmeren. Door deze aanmerkelijke marktmacht kunnen zij hun concurrenten in potentie uitsluiten en/of consumenten uitbuiten zonder dat de markt hen daarvoor 'afstraft'.

<sup>36</sup> Staatscourant 2002, nr. 206, gewijzigd in Staatscourant 2005, nr. 122, Staatscourant 2006, nr. 44 en Staatscourant 2007, nr. 144.



In december 2009 hebben de NZa en de NMa gezamenlijk het *Consultatiedocument Zorggroepen* opgesteld waarin zij toelichten hoe de wettelijke mededingingsregels voor de zorg van toepassing zijn op zorggroepen. Aanleiding voor dit consultatiedocument is dat zowel de NZa als de NMa regelmatig signalen krijgen dat het voor diverse partijen in de zorgsector onduidelijk is wat vanuit een mededingingsrechtelijk kader wel en niet is toegestaan bij de samenwerking binnen zorggroepen. Het consultatiedocument moet leiden tot Richtsnoeren. Deze richtsnoeren – genaamd *Mededinging Zorggroepen* (NMA en NZa, 2010) – zijn, samen een uitvoeringstoets van de NZa, genaamd *Mededingingsanalyse Zorggroepen* (NZa, 2010a), medio augustus 2010 gepubliceerd. Met de nieuwe richtsnoeren geven de beide toezichthouders nadere invulling aan het verzoek van de minister van VWS (VWS, 2009b) om bij samenwerking in zorggroepen zo concreet mogelijk aan te geven wat wel en niet is toegestaan.

40

Het is de vraag of deze initiatieven afdoende zijn geweest. In de gesprekken die wij hebben gevoerd met eerstelijnszorgaanbieders en patiëntenorganisaties hebben wij indicaties gekregen dat er in het zorgveld nog steeds onduidelijkheid bestaat over de relatie tussen samenwerking en marktwerking.

## 2.4 Samenvattend

Onze beleidsanalyse laat zien dat de aanpak van chronische ziekten na 2006 nadrukkelijk is teruggekeerd in het beleid van VWS. In de beoogde programmatische aanpak van chronische ziekten wordt ingezet op een samenhangend zorgaanbod, waarin preventie (aanpak risicofactoren) en zelfmanagement zijn toegevoegd aan de tot dan toe vooral curatieve en monodisciplinaire aanpak van chronische ziekten. Aandoeningspecifieke zorgstandaarden en een daarop gebaseerde integrale bekostiging spelen een hoofdrol.

De eerste lijn krijgt een belangrijke positie in het huidige beleid gericht op afstemming van zorg voor chronisch zieken. Het overbrengen van taken van de tweede lijn naar de eerste lijn en taakherschikking binnen de eerste lijn moeten leiden tot goedkopere en tegelijkertijd betere zorg. De minister heeft vier maatschappelijke ambities geformuleerd, alsmede thema's waaraan gewerkt zal worden.

De intenties en ambities van de minister van VWS hebben het beleid voor chronische ziekten naar ons oordeel meer richting gegeven. Niettemin plaatsen wij kanttekeningen bij de praktische uitwerking ervan. Wat levert het beleid concreet op, en per wanneer? Dat blijkt moeilijk vast te



stellen. Deze maatschappelijke ambities en thema's heeft de minister  
namelijk niet meetbaar gemaakt en ook een tijdshorizon ontbreekt.

41

*De Zorgbalans 2010* (RIVM, 2010b) noemt 'samenhang in de zorg' als één van de prioriteiten waar verbetering van indicatoren wenselijk is. De NZa en NMa hebben instrumenten ontwikkeld om duidelijkheid te scheppen over wat vanuit het mededingingsrecht wel en niet mag bij samenwerking. Wij hebben echter vastgesteld dat in het zorgveld hierover nog steeds onduidelijkheid bestaat.



## 3 Rolinvulling partijen anno 2010

42

### 3.1 Achtergrond van onze aanbevelingen in 2006

Het bleek in 2006 niet mogelijk om een volledig en actueel overzicht te krijgen van regionale en lokale afstemmingsinitiatieven tussen zorgverleners voor de twee door ons onderzochte chronische aandoeningen. Informatie hierover was niet beschikbaar bij het Ministerie van VWS en ook niet bij de betrokken veldpartijen.

Wij wezen in ons rapport van 2006 op de consequenties die het ontbreken van deze informatie heeft voor de rolinvulling door zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten.

- Voor *zorgverleners* betekent het ontbreken van deze informatie dat het lastig is om te achterhalen of anderen werken met vergelijkbare initiatieven, waardoor onvoldoende gebruik kan worden gemaakt van elkaars ervaringen. Het feit dat initiatieven veelal tijdelijk en op projectbasis werden gefinancierd verhindert in de visie van de zorgverleners structurele voortzetting en daarmee verdere verspreiding van deze initiatieven. Een vergelijkbare conclusie hebben wij later getrokken in ons onderzoek *Zorg op afstand* uit 2009 (Algemene Rekenkamer, 2009b). Ook was er onvoldoende informatie over de kosten en baten van afstemming.
- Ook *zorgverzekeraars* hebben belang bij informatie over afstemming tussen zorgverleners. Zij hebben in het nieuwe zorgstelsel meer verantwoordelijkheid gekregen voor het op elkaar afstemmen van de wensen van de patiënt en de mogelijkheden van de zorgverleners. Door het ontbreken van informatie kunnen zij die verantwoordelijkheid onvoldoende nemen.
- Door het ontbreken van informatie is ook de betrokkenheid van *patiënten* bij de samenwerking tussen zorgverleners nog beperkt. Dit betekent dat de door de minister van VWS nagestreefde omslag van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg (waarbij wordt geluisterd naar wensen en ervaringen van patiënten en waarmee rekening wordt gehouden bij de inrichting van de zorg), nog extra aandacht verdient, zo stelden wij in 2006 vast.



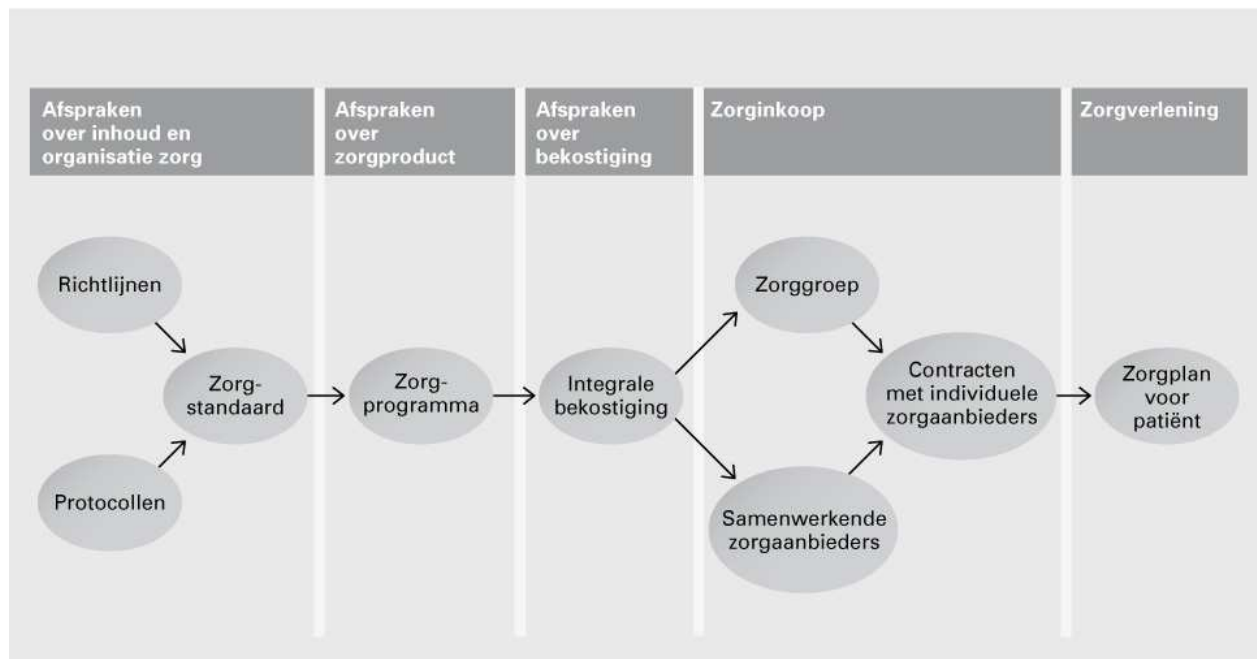
Wij hebben de bewindspersonen in 2006 daarom aanbevolen de beoogde rolinvulling van de actoren in het zorgveld te stimuleren door *ketenzorg* en *keten-diagnose-behandelcombinaties* te stimuleren, patiënt-betrokkenheid te bevorderen, zorgverzekeraars aan te spreken op hun verantwoordelijkheid en te zorgen voor een snelle totstandkoming van het elektronisch patiëntendossier (EPD).

43

De ontwikkelingen rond integrale zorgverlening sinds 2006 beschrijven we in § 3.2. In § 3.3 leggen wij de activiteiten en ontwikkelingen naast de aanbevelingen die wij 2006 deden net het oog op een goede rolinvulling door de verschillende partijen in de zorgsector. Wij sluiten in § 3.4. af met een samenvatting.

In § 3.2 zal een aantal begrippen rondom integrale zorg en integrale bekostiging van chronische zorg aan de orde komen. Hoe deze zich tot elkaar verhouden, wordt weergegeven in figuur 8. De onderdelen van deze figuur worden achtereenvolgens behandeld in de subparagrafen van § 3.2.

Figuur 8 Afstemming van zorg voor chronische aandoeningen: relatie tussen begrippen





## 3.2 Stand van zaken samenwerkingsafspraken en bekostiging

44

### 3.2.1 Richtlijnen en zorgstandaarden

In het kader van zijn programmatische aanpak van chronische ziekten wil de minister van VWS de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen en zorgstandaarden stimuleren (VWS, 2008a).

Richtlijnen (en protocollen) gaan over de inhoud van de zorg. Het zijn landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor een patiënt. Zij worden (in samenspraak met patiëntenorganisaties) opgesteld door de medische beroepsgroepen en geven het wat, wanneer, waarom (en – in het geval van protocollen – hoe) van medisch handelen weer (zie figuur 9).

In mei 2009 heeft de minister de Regieraad Kwaliteit van Zorg geïnstalleerd, die onder andere tot taak heeft te zorgen voor meer structuur en aansturing in het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen. Daarnaast moet meer samenhang komen met lopende kwaliteitsprogramma's en normen voor verantwoorde zorg. De Regieraad heeft in samenspraak met het zorgveld een top-100 van aandoeningen opgesteld en wil in 2010 voor de eerste vijf aandoeningen op deze lijst een plan voor richtlijnonderhoud opstellen. Het betreft coronaire hartziekten, beroerte, diabetes, dementie en COPD.

#### **Inventarisatie door de Regieraad Kwaliteit van Zorg**

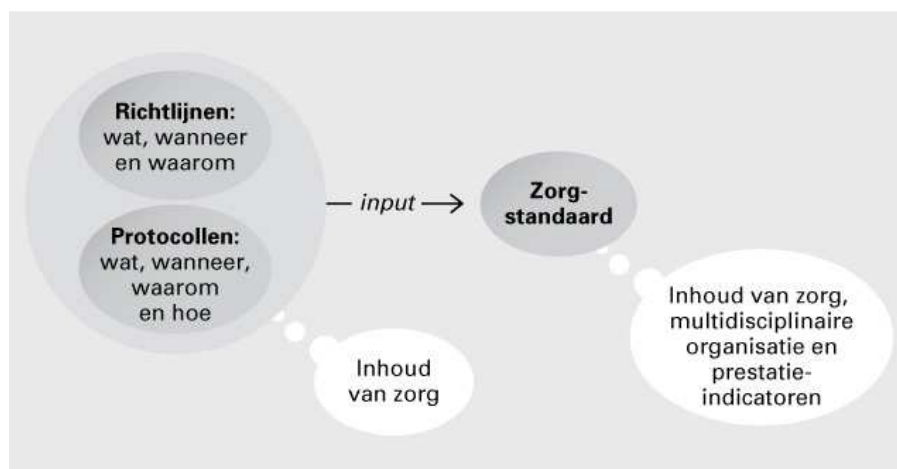
De Regieraad komt tot de conclusie dat er in Nederland veel gaande is op het gebied van de ontwikkeling, het onderhoud en de implementatie van richtlijnen, maar dat er - als gevolg van (te) grote verschillen van inzicht omtrent wat een richtlijn zou moeten behelzen - geen eenduidige kwaliteit wordt bereikt. Het ontbreekt aan afdoende coördinatie en afstemming van richtlijnen omdat partijen op veel terreinen separaat opereren (Regieraad, 2009).

Richtlijnen vormen de bouwstenen voor zorgstandaarden, die op hun beurt de basis vormen voor de programmatische aanpak van chronische ziekten die de minister voor ogen staat. Een zorgstandaard stelt de norm voor goede zorg voor een specifieke chronische aandoening en beschrijft daartoe de inhoud van de zorg, de bijpassende (keten)organisatie en prestatie-indicatoren (zie figuur 9). Waar een zorgstandaard in meer algemene termen is gesteld, beschrijft een richtlijn in detail de inhoud van de zorg. De zorg volgens de standaard wordt geleverd vanuit multidisciplinaire samenwerking.





Figuur 9 Afstemming: de inhoud en organisatie van zorg



Het kennisinstituut ZonMw heeft op verzoek van de minister van VWS eind 2008 een *Coördinatieplatform Zorgstandaarden* opgericht. De eerste zorgstandaard voor diabetes stamt uit 2003 (zie § 3.2). In 2009 is de zorgstandaard voor vasculair risicomangement verschenen; de zorgstandaard voor COPD is medio 2010 gereed gekomen. Aan nog zes andere zorgstandaarden (hartfalen, depressie, obesitas, artrose, CVA en dementie) wordt gewerkt.

In tabel 1 is het aantal richtlijnen en zorgstandaarden vermeld voor depressie en rug-, nek- en schouderklachten, de twee chronische aandoeningen waarop wij ons onderzoek van 2006 hebben gericht. Het aantal multidisciplinaire richtlijnen is sinds 2006 nauwelijks gegroeid (van drie naar vier). Voor de door ons in 2006 onderzochte aandoeningen depressie en voor artrose (een aandoening die vaak rug-, nek- en schouderklachten veroorzaakt) zijn zorgstandaarden in ontwikkeling.

Tabel 1. Aantal richtlijnen en zorgstandaarden voor depressie en rug-, nek- en schouderklachten (2001, 2006, 2010)

	Aantal richtlijnen en protocollen 2001 (waarvan multidisciplinair)	Aantal richtlijnen en protocollen 2006 (waarvan multidisciplinair)	Aantal richtlijnen en protocollen 2010 (waarvan multidisciplinair)	Aantal zorgstandaarden 2009
<b>Depressie</b>	2 (1)	3 (1)	4 (2) <sup>37</sup> Nieuw: richtlijn depressie bij jongeren (2008)	- (in voorbereiding)
<b>Rug- en nekklachten</b>	3 (1)	9 (2)	9 (2) <sup>38</sup>	- (artrose in voorbereiding)
<b>Schouderklachten</b>	5 (-)	6 (-)	7 (-) Nieuw: NHG-standaard schouderklachten (2008)	- (artrose in voorbereiding)

<sup>37</sup> Richtlijn depressie uit 2005 is herzien (2008).

<sup>38</sup> Richtlijn specifieke lage rugklachten uit 2003 wordt herzien.



In augustus 2009 heeft ZonMw een model voor zorgstandaarden gepresenteerd (ZonMw, 2009). In februari 2010 is een aantal openstaande vragen betreffende de inrichting van zorgstandaarden op hoofdlijnen beantwoord (ZonMw, 2010; zie kader).

#### **Inrichting van zorgstandaarden**

- Het ontwikkelen van een zorgstandaard of -module en het onderhoud daarvan zijn de taak en verantwoordelijkheid van het veld.
- Er moet voorzien worden in een redelijke bekostiging van het ontwikkelen en het onderhoud van een zorgstandaard of zorgmodule.
- Coördinatie, afstemming en het vermijden van overlap en tegenstrijdigheden zijn van belang; een centrale aanpak daarvan lijkt gewenst.
- De autorisatie van een zorgstandaard of -module is de verantwoordelijkheid van het veld.

Onze gesprekken in het zorgveld wijzen op waardering voor de visie van de minister van VWS op de programmatische aanpak van chronische ziekten, op basis van aandoeningspecifieke zorgstandaarden. De zorgstandaard verwoordt volgens de geïnterviewden de norm, datgene waar de patiënt recht op heeft. Omdat een zorgstandaard niet alleen de inhoud maar ook de organisatie van de zorg beschrijft, worden bovendien afstemming en samenwerking tussen zorgverleners in opzet beter gewaarborgd. Niettemin leven er nog vragen, zoals ook vermeld in de rapporten van ZonMw. Zij betreffen onder andere:

- *De problematiek van multi- en comorbiditeit.* Deze problematiek speelt vaak bij ouderen en wordt door de minister van VWS in zijn voortgangsbrief over de programmatische aanpak genoemd als aandachtspunt voor de toekomst (VWS, 2010a).
- *De relatie van de programmatische aanpak voor chronisch zieken met de zorg en de zorgorganisatie voor mensen met andere (niet-chronische) aandoeningen.* Het gaat hier om de vraag hoe de specifieke zorgprogramma's voor chronische ziekten wordt georganiseerd binnen bijvoorbeeld een huisartsenpraktijk, waar ook generieke zorg moet worden verleend.

Verder worden door onze gesprekspartners verschillende succes- en faalfactoren bij het tot stand komen van specifieke zorgstandaarden genoemd:

- Aanpak bij complexe chronische aandoeningen. Bij de voorloper diabetes gaat het om een niet-complexe aandoening, waarvan de behandeling in een standaard is te vatten. Bij andere aandoeningen (bijvoorbeeld kanker en depressie) is sprake van een veel grotere variatie aan ziektebeelden en behandelwijzen. Dit bemoeilijkt het formuleren van een zorgstandaard.



- *Domein- en competentiediscussies.* Bij de voorloper diabetes hebben zorgverleners, patiënten en deskundigen, verenigd in één organisatie (NDF), gezamenlijk overeenstemming bereikt over wat goede zorg voor diabetici inhoudt en hoe die zorg het beste kan worden georganiseerd. Bij de totstandkoming van de NDF Zorgstandaard stonden in eerste instantie de zorginhoud en zorguitvoering centraal; pas daarna is passende financiering gezocht. De eerste lijn speelt hier traditioneel een grote rol en daar was door de komst van de diabetesverpleegkundige al de nodige ervaring opgedaan met taakherschikking. Bij andere chronische aandoeningen (zoals hartfalen) spelen discussies over de vraag of deze geschikt zijn voor een aanpak met het zwaartepunt van de zorg in de eerste lijn. Ook spelen discussies over financiële consequenties voor zorgaanbieders (zie § 3.2.3).
- *Ontbreken van productspecificaties.* Voor sommige aandoeningen (zoals specifieke rugklachten) ontbreken duidelijke en afgebakende 'productspecificaties'. Dat bemoeilijkt het tot stand komen van een zorgstandaard en samenwerkingsinitiatieven blijven veelal lokaal hangen.

47

### 3.2.2 Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn

In ons onderzoek in 2006 troffen wij naast zorginhoudelijke afstemmingsafspraken ook afspraken aan over de organisatie van de zorg, zoals samenwerkingafspraken en taakherschikkingen in de eerste lijn.

#### **Depressie: een voorbeeld van taakherschikking in de huisartsenpraktijk**

In 2006 beschreven wij de 'doorbraakprojecten depressie'. Uitgangspunt van de aanpak in deze projecten is dat patiënten volgens een stappenplan niet zwaarder worden behandeld dan noodzakelijk is. In deze doorbraakprojecten is ervaring opgedaan met taakherschikking. Huisartsen hadden de mogelijkheid van consultatie door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV'er) in de eigen praktijk. De SPV'er bleef in dienst van de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze consultatieregeling is geëindigd per 1 januari 2008. Sindsdien bestaat de mogelijkheid om een praktijkondersteuner GGZ in te zetten in de huisartsenpraktijk. Deze ondersteunt huisartsen bij het verlenen van zorg aan patiënten met psychische en/of psychosociale problemen en is uitdrukkelijk in de eerste lijn gepositioneerd.

#### *Monitor Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn*

Sinds 2007 voert het onderzoeksinstituut NIVEL in opdracht van het Ministerie van VWS een tweejaarlijkse 'Monitor Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn' uit. Deze geeft inzicht in aantal en type samenwerkingsverbanden in de eerste lijn.<sup>39</sup> In 2007 bleek bij 39% van de huisartsenpraktijken sprake van een formeel samenwerkingsverband met tenminste

<sup>39</sup> Via huisartsenpraktijken wordt gevraagd met welke eerstelijnsdisciplines men een vorm van samenwerkingsverband heeft. Dit gegeven wordt gebruikt als prestatie-indicator in de Begroting en het Jaarverslag van VWS.



één andere discipline. Het gaat vooral om samenwerking met apothekers,<sup>40</sup> sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en fysiotherapeuten. In veel gevallen (vier van de tien) was de formele samenwerking beperkt tot één andere discipline in de eerste lijn. In het Beleidsverslag 2009 (VWS, 2010c) schrijft de minister van VWS dat het percentage huisartsenpraktijken dat formeel samenwerkt met één of meer andere disciplines in 2009 is toegenomen tot 43% van de huisartsenpraktijken (tabel 2). Het betreft dezelfde disciplines als in 2007 (Nivel, 2010a). Uit de beschikbare informatie is niet af te leiden of sprake is van een toename van organisatorische afstemmingsafspraken rond depressie en rug-, nek- en schouderklachten, de twee aandoeningen waarop wij ons onderzoek in 2006 hebben gericht.

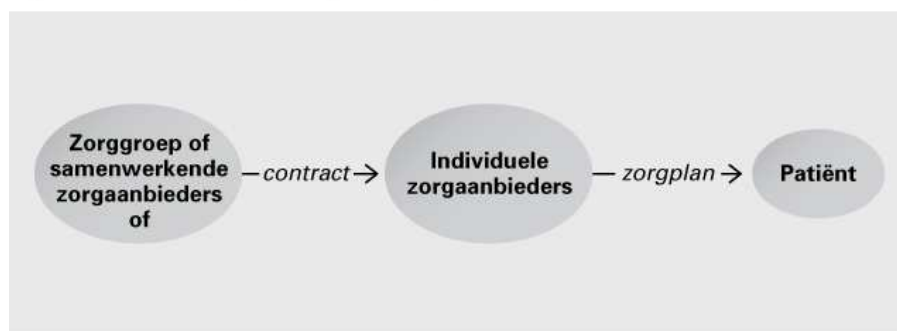
**Tabel 2. Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn (realisatie 2007 en 2009; streefwaarde 2011)**

Prestatie-indicator	Realisatie 2007	Realisatie 2009	Streefwaarde 2011
Toename aantal multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in eerstelijnszorg	1.674 (39%)	1.782 (43%)	2.300

### Zorggroepen

Zorggroepen zijn een relatief nieuw fenomeen; zij bestaan sinds 2006. Zorggroepen zijn organisaties van overwegend zorgaanbieders uit de eerste lijn die met zorgverzekeraars contracten sluiten om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren. Zij zijn specifiek voor de zorginkoop opgericht. Een zorggroep als zodanig is een juridische entiteit die niet voorziet in de feitelijke zorgverlening. Hiervoor sluit een zorggroep contracten af met individuele zorgverleners, zoals huisartsen, internisten of diëtisten in het geval van de zorg voor diabetespatiënten (zie figuur 10).

**Figuur 10 Afstemming: de zorgverlening**



<sup>40</sup> Een deel van de huisartspraktijken is apotheekhoudend (circa 7% in 2006). Hoewel er in dergelijke apotheekhoudende huisartspraktijken geen aparte apotheker aanwezig hoeft te zijn, is er hierbij wel sprake van een gecombineerd aanbod van huisartsen- en farmaceutische zorg.



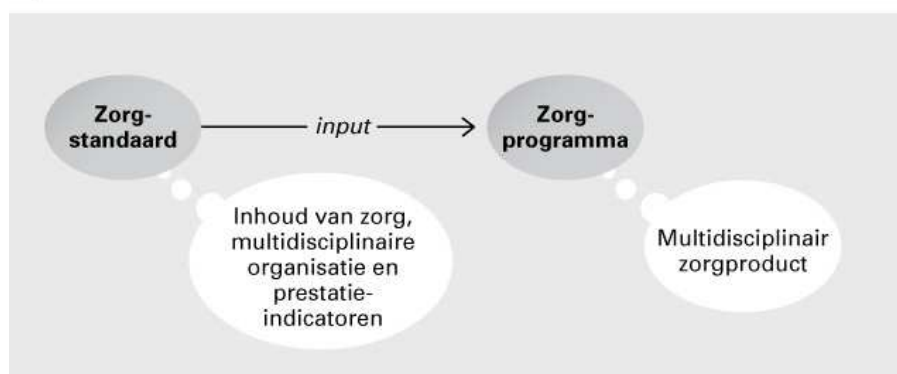
Eind 2008 zijn negentig zorggroepen gedetecteerd die minimaal één zorgprogramma (het zorgproduct als zodanig; zie figuur 11) uitvoeren (LVG, 2008). Ruim 70% van de zelfstandig werkende huisartsen is aangesloten bij een zorggroep. Daarnaast werkt circa 10% van de huisartsen in een gezondheidscentrum, waar bijna altijd diverse zorgprogramma's worden uitgevoerd.<sup>41</sup> Zorggroepen zijn vaak ontstaan rondom diabeteszorg, maar bieden inmiddels verscheidene zorgprogramma's aan.

49

#### Zorggroepen en zorgprogramma's (nulmeting 2008)

Alle eind 2008 gedetecteerde zorggroepen hadden op dat moment een zorgprogramma voor diabetes in uitvoering (82%) of in voorbereiding (18%). Tweederde van hen was ook bezig met de voorbereiding van een zorgprogramma COPD/diabetes, enkele hadden een dergelijk programma al in uitvoering. Bij 13% van de zorggroepen was een depressieprogramma in voorbereiding.

Figuur 11 Afstemming: het zorgproduct



In onze gesprekken in het zorgveld wordt erop gewezen dat veel zorggroepen monodisciplinair zijn samengesteld. Zij bestaan uitsluitend uit huisartsen die zich in regio's hebben verenigd en die als hoofdaannemer afspraken maken met de zorgverzekeraar over de uitvoering van een zorgprogramma; voor de uitvoering van het contract kopen zij de diensten van andere zorgaanbieders in. De minister van VWS signaleert dit ook in zijn voortgangsrapportage aan de Tweede Kamer (VWS, 2010a).

### 3.2.3 Bekostiging

#### *Beleidsregel Innovatie voor nieuwe zorgprestaties*

In ons onderzoek van 2006 stelden wij vast dat zorgverleners voor de bekostiging van samenwerking in de zorg verschillende bronnen

<sup>41</sup> De zorgverzekeraars stellen namelijk als eis voor financiering op basis van de module Geïntegreerde eerstelijnszorg (zie § 3.2.3) dat drie of meer zorgprogramma's worden uitgevoerd.



(financiering op grond van verschillende 'beleidsregels' van de NZa) konden aanboren. Wij constateerden toen dat zorgverzekeraars het gebruik van deze gelden voor samenwerking onvoldoende stimuleerden. Het tijdelijke karakter van financiering werd bij de indertijd door ons onderzochte samenwerkingsinitiatieven gezien als een belangrijke belemmering voor behoud en verdere verspreiding van deze initiatieven. Zorgverleners kunnen anno 2010 voor het financieren van samenwerkingsprojecten nog steeds een beroep doen op deze beleidsregels.

50

#### **Financieringsbronnen die wij in 2006 beschreven**

##### *Beleidsregel verrichtingenlijst Module Modernisering en Innovatie*

Deze beleidsregel is bedoeld voor het bekostigen van huisartsen, die deelnemen aan specifieke projecten die samenwerking bevorderen, bijvoorbeeld op het terrein van chronisch zieken. De huisarts krijgt per patiënt die deelneemt aan het project een opslag op het abonnementstarief; hij declareert per verrichting.

##### *Beleidsregel Samenwerking voor geïntegreerde eerstelijnszorgproducten*

Van deze beleidsregel maken vooral gezondheidscentra gebruik. Na het wegvallen van de subsidie voor gezondheidscentra in 2006 is het mogelijk gemaakt om via deze beleidsregel de samenwerking te bekostigen. Ook hier krijgen huisartsen voor iedere verzekerde patiënt een opslag op het abonnementstarief en wordt de zorgverlening zelf op de reguliere manier (per verrichting) gedeclareerd.

In 2008 is de *Beleidsregel Innovatie voor nieuwe zorgprestaties*<sup>42</sup> ingevoerd, waarmee kleinschalige kortdurende experimenten kunnen worden gefinancierd.<sup>43</sup> De NZa heeft onder deze beleidsregel een aantal projecten goedgekeurd waarin wordt geëxperimenteerd met geïntegreerde eerstelijnszorg en integrale bekostiging.<sup>44</sup> Er zijn in totaal 155 projecten gestart, voornamelijk op het terrein van diabetes en ingediend door zorggroepen. De NZa heeft ons bericht dat er in april 2010 nog 110 experimenten lopen. Er is een aantal initiatieven rond depressiezorg, maar er lopen geen experimenten rond de zorgverlening van chronische rug-, nek- en schouderklachten.

In februari 2010 heeft de NZa het rapport *Ruimte voor innovatie* (NZa, 2010b) gepubliceerd, waarin de resultaten zijn te lezen van de evaluatie van de Beleidsregel Innovatie. De NZa stelt vast dat de werking van de beleidsregel 'niet optimaal' is. De NZa constateert het volgende:

<sup>42</sup> NZa CV-7000-4.0-4/CA-415.

<sup>43</sup> Deze beleidsregel is van toepassing op de zorg die onder de Wmg valt. Dit betekent zorg zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet, zorg zoals bedoeld in de AWBZ en zorg geleverd door een BIG-ger. Er zijn ook twee beleidsregels innovatie die alleen bestemd zijn voor de AWBZ-zorg: de *Beleidsregel Ketenzorg dementie* en de *Beleidsregel Nationaal Programma Ouderenzorg*.

<sup>44</sup> De zorgprestatie moet alle zorg omvatten die voor een bepaalde groep patiënten nodig is. De te leveren zorgprestatie en de kostprijs worden afgesproken tussen zorgverzekeraar en zorg-aanbieder.



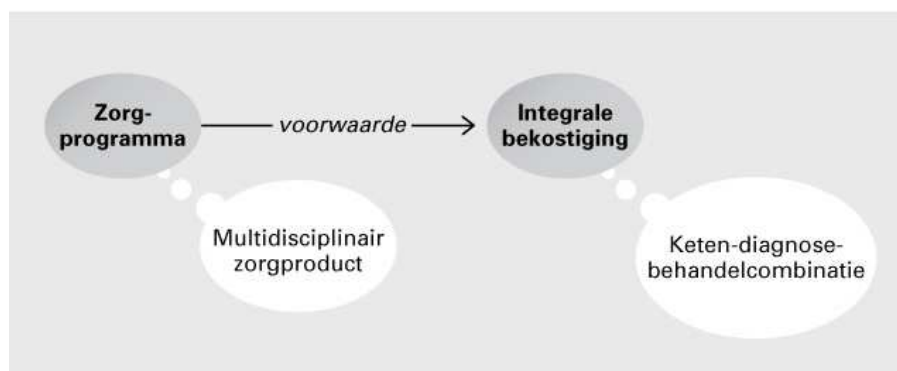
- Groot knelpunt is de wijze waarop experimenten worden geëvalueerd en de overgang van experimenten naar een reguliere prestatie. Bij afloop van een experiment is te vaak onduidelijk in hoeverre en in welke zin de prestatie heeft geleid tot verbetering in de prijs-kwaliteitsverhouding van de zorg.
- Er wordt vooral geëxperimenteerd met multidisciplinaire zorgverlening. De beleidsregel wordt weinig gebruikt om met schotten-overstijgend zorgaanbod te experimenteren.
- Het accent ligt op het verbeteren van de organisatie van de zorg. Er zijn weinig experimenten waarin een totaal nieuw zorgconcept wordt getoetst. Met name veel regie- en coördinatietaken en overhead worden via de beleidsregel bekostigd.
- Zorgverzekeraars vervullen een minder stimulerende en faciliterende rol dan de NZa had verwacht.

51

#### *Integrale bekostiging*

Eind 2008 heeft de minister van VWS aangekondigd de zorg voor chronisch zieken voortaan te willen gaan te bekostigen door middel van diagnose-behandelcombinaties voor de ketenzorg (VWS, 2008d). Uit de integrale bekostiging moeten alle kosten van de zorg worden betaald die wordt verleend door professionals als de huisarts, de praktijk-ondersteuner, de specialistische verpleegkundige, medisch specialist, diëtist enzovoort. Ook organisatiekosten moeten uit dit bedrag worden bekostigd. Integrale bekostiging (zie figuur 12) moet leiden tot 'ontschotting' binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn, maar ook tussen verzekeringssystemen in de Nederlandse gezondheidszorg (zie § 3.6).

**Figuur 12 Afstemming: de bekostiging van zorg**



De minister wilde per 1 januari 2010 integrale bekostiging mogelijk maken voor diabeteszorg, COPD-zorg, de zorg voor vasculair risicomanagement en de zorg voor hartfalen. In een advies heeft de NZa geadviseerd om alleen integrale bekostiging in te voeren als er een



zorgstandaard is voor de betreffende aandoening. De NZa vond dit van belang met het oog op de bescherming van de publieke belangen. In 2010 is de Beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorg voor chronische aandoeningen<sup>45</sup> ingevoerd. Deze maakt integrale bekostiging voor diabeteszorg en de zorg voor vasculair risicomangement mogelijk.

Er is nog geen informatie beschikbaar over het gebruik van deze beleidsregel. Verzekeraars lijken voornamelijk vooral contracten te sluiten voor diabeteszorg; contractering voor vasculair risicomangement zou nog achterblijven (Croonen, 2010).<sup>46</sup>

Voor COPD is per 1 juli 2010 integrale bekostiging mogelijk geworden. In januari 2010 heeft de NZa de minister geadviseerd over de mogelijkheden voor verruiming en uitbreiding van de bestaande integrale bekostiging van integrale zorg (NZa, 2010c). De NZa adviseert om per 1 januari 2011 nog geen nieuwe bekostiging voor integrale zorg in te voeren. Weliswaar lijkt het voor de zorgverlening bij artrose, astma, cerebrovasculair accident (CVA),<sup>47</sup> dementie, depressie en obesitas zinvol om verder te onderzoeken of integrale bekostiging daarvan wenselijk is, maar de randvoorwaarden voor invoering, te weten de aanwezigheid van een zorgstandaard, de mogelijkheid om het zwaartepunt in de eerste lijn te leggen, en de mogelijkheid van invoering in januari 2011, zijn volgens de NZa nog niet aanwezig.

#### Afwegingskader NZa

De NZa adviseert de minister van VWS of uitbreiding van de integrale bekostiging naar nieuwe ketens mogelijk en wenselijk is. De NZa maakt daarbij gebruik van een afwegingskader bestaande uit drie 'zeven'.

Bij de eerste zeef wordt gekeken of invoering van integrale bekostiging voor een bepaalde keten meerwaarde heeft. De criteria hierbij zijn de 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.

De tweede zeef is een toets aan randvoorwaarden, namelijk:

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

<sup>45</sup> NZa CV-7000-5.0-1.

<sup>46</sup> Gebaseerd op een inventarisatie onder de vier grootste zorgverzekeraars. Vaak gaat het bij diabetes om aflopende contracten onder de beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten of de beleidsregel Modernisering en Innovatie, die worden omgezet naar integrale bekostiging. Wij hebben deze cijfers niet gevalideerd.

<sup>47</sup> Cerebrovasculair accident (CVA) is de medische term voor een ongeluk in de vaten van de hersenen. In het dagelijks taalgebruik wordt gesproken van een beroerte, een hersenbloeding of een herseninfarct.





Als aan alle randvoorwaarden wordt voldaan, wordt de derde zeef toegepast. De voor- en nadelen en de risico's worden tegen elkaar afgewogen om te bepalen of invoering van integrale bekostiging de integrale zorgverlening voor de betreffende keten daadwerkelijk zal bevorderen. Het accent hierbij ligt op de effecten op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

53

De integrale bekostiging omvat bij diabetes alle prestaties vanaf het moment dat de diagnose is gesteld. Preventie en vroegtijdige signalering, als onderdelen van de zorgstandaard, vallen daarmee buiten de integrale bekostiging van diabeteszorg. Bij vasculair risicomangement gaat het om alle prestaties vanaf het moment dat een verhoogd risico is vastgesteld.

Belangrijk thema voor de komende jaren is volgens de minister van VWS de vraag hoe ontschotting verder vorm moet worden gegeven en welke consequenties dit heeft voor organisatie en financiering van de zorg (VWS, 2010a). In onze gesprekken met eerstelijnszorgaanbieders en patiëntenorganisaties werd in dit verband op de volgende punten gewezen:

- Zorgverzekeraars kopen vaak – in plaats van de gehele integrale zorg – losse elementen daarvan in.<sup>48</sup>
- Er is onrust over de mogelijke<sup>49</sup> financiële gevolgen van integrale bekostiging voor zorgaanbieders, zowel in de eerste als in de tweede lijn. De koppeling aan (integrale) bekostiging lijkt de totstandkoming van zorgstandaarden te vertragen.
- De betrokkenheid van patiënten bij de ontwikkeling van zorgstandaarden en bij het inkoopproces moet verder verbeterd worden.

### 3.2.4 Zelfmanagement

Zelfmanagement is één van de zes bouwstenen in de zorgstandaard. Het onderwerp zelfmanagement bevindt zich volgens de minister van VWS nog in de fase waarin gezocht wordt naar het vertalen van dit begrip in concrete zorgdiensten of producten (VWS, 2009a). Het kennisinstituut CBO heeft in samenwerking met patiëntenorganisaties<sup>50</sup> en met subsidie van VWS een zelfmanagementprogramma<sup>51</sup> opgezet. Volgens onze gesprekspartners in het zorgveld is de invoering van zelfmanagement een

<sup>48</sup> Bij bekostiging via een keten-diagnose-behandelcombinatie moet in principe de prestatie zoals beschreven in zijn geheel worden ingekocht. Bij andere bekostigingsmethoden is dat niet het geval.

<sup>49</sup> Wij hebben deze financiële consequenties in het kader van deze terugblik verder niet onderzocht.

<sup>50</sup> NCPF en categorale patiëntenorganisaties (COPD, depressie, diabetes, hartfalen, kanker, reuma, spierziekten).

<sup>51</sup> Dit programma moet onder meer een overzicht van de stand van zaken en witte vlekken opleveren, en concrete producten zoals een toolbox met werkzame interventies, patiëntenversies van richtlijnen en een website [www.zelfmanagement.com](http://www.zelfmanagement.com).



proces van lange adem. Het vraagt om een grote omschakeling bij alle schakels in de gezondheidszorg. Er is kennis nodig en er moet educatie van patiënten plaatsvinden. Er is inmiddels een scala aan initiatieven:

54

- initiatieven van zorgaanbieders;
- initiatieven van patiëntenorganisaties;
- e-health (oplossing voor personele tekorten in de zorg);
- publieke gezondheid (preventie en leefstijlinterventies);
- sport (bewegen);
- industriële initiatieven.

#### **Voorbeelden van industriële initiatieven**

##### *Sensoren om lichaamsbeweging bij te houden*

Er worden sensoren ontwikkeld waarmee het voor een ieder simpel wordt om bijvoorbeeld lichaamsbewegingen in de gaten te houden die van belang zijn bij een chronische ziekte. De sensor, die op het lichaam wordt gedragen, is aan de computer te koppelen. De gebruiker kan via de computer zichzelf een doel stellen en nagaan of dit doel ook bereikt is.

##### *Systemen om bloedwaarden, eiwitten en andere stoffen te meten*

Meetsystemen voor bloedwaarden, eiwitten en andere stoffen in het lichaam zijn al in gebruik bij diabetici, maar ook voor patiënten met hartfalen zijn systemen in de maak. Patiënten kunnen hiermee hun eigen gewicht en bloeddruk controleren. Een plotseling toenemend gewicht is bij patiënten met hartfalen een indicatie dat het lichaam vocht vasthoudt en dat er mogelijk een verergering op komst is. De patiënten worden via het systeem dagelijks in de gaten gehouden en begeleid via een interactief televisiesysteem. Ook voor manisch-depressieve patiënten en voor nierpatiënten zijn systemen in de maak die metingen kunnen doen ter vaststelling van de benodigde medicijnen.<sup>52</sup>

De Initiatiefgroep Zelfmanagement pleit ervoor om meer te gaan werken vanuit één visie, die gedragen wordt door patiënten, professionals, bedrijven, zorgorganisaties en verzekeraars.<sup>53</sup> De initiatiefgroep signaleert het risico dat het anders te veel blijft steken in projectmatige initiatieven met een korte levensduur en in een gefragmenteerde benadering. De initiatiefgroep verwacht dat minister van VWS hierin initiatieven neemt.

Volgens onze gesprekspartners zijn kwaliteitscriteria voor het educatieaanbod en competentie-eisen aan hulpverleners gewenst.

#### **Voorbeeld van zelfmanagement in de diabeteszorg**

Een goed voorbeeld van zelfmanagement is het Diabetes Interactief Educatieprogramma (DIEP) van het Academisch Ziekenhuis Maastricht. De interactieve website [www.diep.info](http://www.diep.info) biedt patiënten informatie en ondersteuning bij diabeteszelfmanagement en helpt hen bij het maken van keuzes en het stellen van haalbare doelen.

<sup>52</sup> Bron: [www.hansmakinstituut.nl](http://www.hansmakinstituut.nl); geraadpleegd op 10 mei 2010.

<sup>53</sup> *Manifest Zelfmanagement chronisch zieken*. Diabetes Fonds, Nierstichting Nederland, LUMC Nierziekten, Nederlandse Hartstichting) en TNO; 7 december 2009.



### 3.3 Rolinvulling partijen verbeterd?

55

#### 3.3.1 Integrale zorg en integrale bekostiging stimuleren

Wij hebben de minister van VWS in 2006 aanbevolen het tot stand komen en de implementatie van multidisciplinaire richtlijnen actief te bevorderen en de ontwikkeling van diagnose-behandelcombinaties voor de ketenzorg voortvarend ter hand te nemen. Wij vonden ook dat de minister het gebruik van het normenkader voor toetsing van ketenkwiteit van de Stichting harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ) zou moeten bevorderen.

In zijn reactie gaf de minister aan het concept-normenkader voor ketenkwiteit als een zinvol toetsingsinstrument te beschouwen voor partners in een zorgketen om tot goede onderlinge afspraken te komen over de dienstverlening. De minister meldde dat door middel van een tiental experimenten ervaring opgedaan zou worden met de keten-diagnose-behandelcombinatie diabetes. Deze aanpak van ketenzorg was volgens hem zo succesvol dat de verzekeraars ook al buiten deze experimenten om contracten met zorggroepen afsloten. Daaruit bleek volgens de minister dat met de ontwikkeling van diagnose-behandelcombinaties voor de ketenzorg een veelbelovende weg was ingeslagen.

#### *Bevindingen terugblik 2010*

De stichting HKZ heeft inmiddels haar normenstelsel voor ketenkwiteit definitief vastgesteld en specifieke normenkaders ontwikkeld voor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn en voor 'diabetesketens'. Certificatie op 'ketennormen' is volgens de Stichting HKZ nog niet mogelijk.<sup>54</sup> Vanaf 2007 is de minister van VWS de ontwikkeling van normen voor verantwoorde zorg gaan bevorderen; hij heeft de IGZ hierin een regierol gegeven (Algemene Rekenkamer, 2009a). In 2009 heeft hij besloten zijn subsidie aan de stichting HKZ vanaf 2013 stop te zetten. Het past niet in zijn visie om certificering van kwaliteits-systemen verplicht te stellen: dat ziet hij als de verantwoordelijkheid van veldpartijen zelf. De minister vindt het van belang dat de veldpartijen voortvarend uitvoering geven aan de normen voor verantwoorde zorg (Tweede Kamer, 2009).

Uit zijn brief over de programmatische aanpak van chronische ziekten blijkt dat de minister de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen wil blijven stimuleren, als ook de ontwikkeling van zorgstandaarden. In § 3.2.1 hebben wij beschreven hoe hij dat doet en wat dat tot nog toe

---

<sup>54</sup> Hiervoor moet eerst een reglement voor de certificeerder worden opgesteld. Bron: HKZ-website, geraadpleegd op 3 februari 2010.



heeft opgeleverd. Er zijn nu drie zorgstandaarden gereed en er is een algemeen model beschikbaar voor een systematische beschrijving van de zorg bij een chronische ziekte. Daarbij staan echter nog vragen open.

56

De experimenten met een keten-diagnose-behandelcombinatie diabetes en de ontwikkelingen rondom zorggroepen en integrale bekostiging zijn beschreven in de § 3.2.3. De minister heeft in verschillende beleidsnota's streefdata geformuleerd voor de ontwikkeling van diagnose-behandelcombinaties voor de ketenzorg. Deze streefdata zijn voor de helft gehaald: op 1 januari 2010 is voor de integrale zorgverlening van twee chronische aandoeningen integrale bekostiging ingevoerd. De NZa meent dat het voor meer integrale zorgverlening zinvol lijkt om verder te onderzoeken of integrale bekostiging daarvan wenselijk is, maar verwacht dat hiervoor meer tijd nodig is dan de minister had gehoopt. De ontwikkelingen gaan traag en er is nog de nodige discussie rondom de invoering van integrale bekostiging. De vraag of integrale bekostiging leidt tot meer samenwerking door zorgaanbieders en betere zorg voor patiënten blijft vooralsnog onbeantwoord.

### **3.3.2 Patiëntbetrokkenheid bij afstemmingsafspraken bevorderen**

Wij hebben de minister aanbevolen om – in de studie naar de meerwaarde van een Zorgconsumentenwet – de vraag te betrekken of patiëntbetrokkenheid bij afstemmingsafspraken als een recht voor de patiënt kan worden geformuleerd.

In zijn reactie schreef de minister dat de RVZ eind oktober 2006 een advies zou uitbrengen over deze wet. Ook zou de IGZ in de *Staat van de gezondheidszorg 2006* aandacht besteden aan patiëntenrechten. De minister verwachtte dat beide rapporten zouden ingaan op waarborgen voor patiënten/cliënten ten aanzien van de onderlinge afstemming tussen zorgverleners.

#### *Bevindingen terugblik 2010*

Het advies van de RVZ (RVZ, 2006) en het IGZ-rapport over de patiëntenrechten (IGZ, 2006) zijn in 2006 verschenen. Beide rapportages wijzen op tekortkomingen in bestaande regelingen betreffende patiëntenrechten.



#### **RVZ en IGZ over patiëntenrechten**

57

*RVZ-advies: De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet*

Hoewel de rechten van individuele patiënten volgens de RVZ over het algemeen goed zijn geregeld, zijn er ook tekortkomingen: de rechten van de patiënt zijn versnipperd over verschillende wetten en regelingen en zijn vaak afgeleid van de plichten van anderen; het recht op keuze-informatie is onvoldoende gewaarborgd.

*IGZ: Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed geregeld?*

De IGZ concludeert dat "ketenzorg" verre van vlekkeloos verloopt, terwijl patiënten met klachten over ontoereikende ketenzorg onvoldoende mogelijkheden hebben om hun recht te halen.

Inmiddels is de Wet cliëntenrechten zorg in voorbereiding. Het wetsvoorstel is op 23 april 2010 aan de Tweede Kamer aangeboden. Volgens dit voorstel heeft de patiënt recht op goede zorg, en afstemming van zorg tussen zorgverleners is een aspect van goede zorg. Afstemming van zorg is dus niet als zelfstandig recht van de cliënt is opgenomen in de wet (zoals in eerste instantie de bedoeling was, zie VWS, 2008e; zie ook Algemene Rekenkamer, 2009a) maar is geformuleerd als voorwaarde voor goede zorg en als verplichting voor de zorgaanbieder. De wet bepaalt dat patiënten moeten kunnen meepraten over de inrichting en de uitvoering van de zorg.

### **3.3.3 Zorgverzekeraars aanspreken op hun verantwoordelijkheid**

Wij hebben de minister van VWS in 2006 aanbevolen om zorgverzekeraars uitdrukkelijker aan te spreken (bijvoorbeeld in de vorm van een convenant) op hun verantwoordelijkheid voor het bevorderen van de kwaliteit van zorg. Wij vonden ook dat hij met zorgverzekeraars uitdrukkelijke afspraken zou kunnen maken over de taken van de regionale ondersteuningstructuren<sup>55</sup> over het bevorderen van samenwerking. De minister gaf in zijn reactie aan geen gevolg te geven aan onze aanbevelingen. Zijn sturingsfilosofie gaat uit van het leggen van verantwoordelijkheden bij verschillende partijen. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van goede zorg, waaronder ketenzorg. De minister liet weten dat hij erop vertrouwd dat dit ook zou gaan gebeuren. Hij wilde met zorgverzekeraars ook geen afspraken maken over de van hen te verwachten inzet bij de ontwikkeling van regionale ondersteuningstructuren. Hij vond het zijn verantwoordelijkheid om globaal aan te geven welke taken de regionale ondersteuningsstructuren moesten leveren; hoe dit decentraal zou worden ingevuld was wat hem betreft een zaak van de veldpartijen.

---

<sup>55</sup> Vanaf 2005 bieden veel zorgverzekeraars ondersteuning aan via regionale ondersteuningsstructuren. De minister van VWS wilde dat met premiegefinancierde middelen een geïntegreerde ondersteuningsstructuur voor beroepsbeoefenaars in de eerstelijnszorg zou worden ontwikkeld.



### *Bevindingen terugblik 2010*

De minister wijst in de beleidsnota's die hij sinds 2006 heeft uitgebracht op de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. In zijn *Visie op de eerstelijnszorg* bijvoorbeeld (VWS, 2008b), schrijft de minister dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben om hun verzekerden van kwalitatief goede en toegankelijke zorg te verzekeren, waarbij samenwerking een essentieel onderdeel van de kwaliteit van zorg is. "Dat betekent dat zorgaanbieders, in welke vorm dan ook, door het inkoopproces van zorgverzekeraars gestimuleerd zullen moeten worden om zorg te bieden die gebaseerd is op samenwerking en zich in zullen zetten om samenwerkingsverbanden op te richten." Daartoe wil de minister bevorderen dat inkoopspecificaties van zorgverzekeraars zijn gebaseerd op zorgstandaarden (VWS, 2008c).

De NZa signaleert dat zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg steeds vaker kwaliteitsafspraken in de eerste lijn maken, maar dat zij hun cliënten niet goed kunnen informeren over de ingekochte zorg, omdat de informatie over de kwaliteit van de zorg tekortschiet (NZa, 2009a). Wij hebben eerder in ons rapport *Implementatie Kwaliteitswet zorginstellingen* de verwachting uitgesproken dat het nog geruime tijd zal duren voordat er betrouwbare informatie beschikbaar is (Algemene Rekenkamer, 2009a). Preventie is nog weinig in beeld, mede omdat nog niet alle vormen van preventie worden bekostigd respectievelijk zijn verzekerd. Patiënten worden bovendien nog onvoldoende betrokken in het inkoopproces (zie § 3.2.2).

In zijn brief van januari 2008 over een 'dynamische eerstelijnszorg' (VWS, 2008b) heeft de minister aangegeven dat de regionale ondersteuningstructuren een belangrijke taak hebben bij het opzetten van samenwerkingsverbanden, het ondersteunen bij taakherschikking, de implementatie van kwaliteitsinstrumenten enzovoort. Hij benadrukt in de brief dat deze taken decentraal moeten worden uitgevoerd aan de hand van afspraken tussen zorgverzekeraars en de regionale ondersteuningstructuren. De minister zal samen met de betrokken partijen bezien welke taken de regionale ondersteuningstructuren in de toekomst moeten hebben en hoe deze effectief en efficiënt kunnen worden uitgevoerd (VWS, 2008b).

De regionale ondersteuningstructuren vervullen volgens onze gesprekspartners in het veld sinds de laatste twee jaar vaker een rol in de transmurale zorg (de brug tussen de eerste lijn en de tweede lijn) en bij regionale preventieactiviteiten (contacten met gemeenten en gemeentelijke gezondheidsdiensten).



Naast de regionale ondersteuningstructuren zijn er circa twintig medische coördinatiecentra (MCC's). Dit zijn regionale kennis- en expertisecentra voor transmurale afstemming, die eveneens werkzaam zijn op het snijvlak van eerste en tweedelijns gezondheidszorg. Ook zorggroepen (zie § 4.3) kennen vaak een regionaal karakter. Wij constateren dat er verschillende regionale structuren functioneren. Het functioneren van de regionale ondersteuningstructuren en de verhouding tot andere regionale structuren zoals MCC's en zorggroepen hebben wij in deze terugblik niet onderzocht.

59

### **3.3.4 Zorgen voor snelle totstandkoming van het EPD**

Het landelijk EPD is een voorziening die betere voorwaarden voor communicatie en samenwerking tussen zorgverleners moet scheppen. Sinds 1997 streeft de minister naar invoering van een EPD, maar de totstandkoming verliep in 2006 traag. Wij ondersteunden in ons rapport uit 2006 de inzet van de minister voor een snelle totstandkoming van het EPD en vroegen zijn aandacht voor het creëren van draagvlak binnen de sector. De minister berichtte ons dat de implementatie van het EPD in volle gang was en dat in het najaar van 2006 de voorlichting aan betrokkenen in het zorgveld zou worden versterkt.

#### *Bevindingen terugblik 2010*

Begin 2006 heeft VWS de regie op de ontwikkeling van het EPD zelf ter hand genomen. Op het ministerie is een implementatieorganisatie ingesteld. Er is een subsidieregeling gemaakt om zorgaanbieders tegemoet te komen in de kosten om zich voor te bereiden op de aansluiting. Er hebben gesprekken met zorgaanbieders plaatsgevonden en er zijn informatiebijeenkomsten gehouden.

In oktober 2009 hebben het Ministerie van VWS en de koepelorganisaties overeenstemming bereikt over gemeenschappelijke uitgangspunten voor het gebruik van de landelijke infrastructuur en de ontwikkeling van regionale gegevensuitwisseling (VWS, 2009c). Een voorstel om de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg aan te passen in verband met de elektronische informatie-uitwisseling ligt bij de Eerste Kamer. Met dit voorstel worden zorgaanbieders verplicht zich aan te sluiten bij het landelijk schakelpunt.

Uiterlijk in 2009 zouden huisartsen, apotheken, huisartsenposten en ziekenhuizen aangesloten moeten zijn op dit landelijk schakelpunt (VWS, 2008c). De invoering van het EPD verloopt echter trager dan was



voorzien. Op 31 januari 2010 waren 574 (van de 6.416) zorgaanbieders aangesloten (VWS, 2010d).<sup>56</sup>

60

Onze gesprekspartners in het zorgveld hebben erop gewezen dat het EPD nog nauwelijks functioneert. De informatiebeveiliging in het EPD is een punt van zorg.

### 3.4 Samenvattend

De minister onderschreef in 2006 de richting van onze aanbevelingen, die gericht waren op het versterken van de rol van partijen in het zorgstelsel. Maar hij zag voor zichzelf niet overal een actieve rol weggelegd omdat hij erop vertrouwde dat partijen hun rol eigener beweging zouden vervullen.

Door de programmatische aanpak van chronische ziekten zijn er sinds 2008 stappen gezet op het terrein van de protocollering (met name de zorgstandaarden), de organisatie (met name de zorggroepen) en de financiering (met name de integrale bekostiging). De Tweede Kamer wordt over deze ontwikkelingen geïnformeerd.

De streefdata voor de invoering van integrale bekostiging zijn voor de helft gehaald. De totstandkoming van zorgstandaarden en integrale bekostiging wordt bemoeilijkt door de problematiek van multi- en comorbiditeit bij chronische aandoeningen en de aanpak van complexe chronische aandoeningen, die zich niet makkelijk laat standaardiseren. Bovendien spelen er domein- en competentiediscussies tussen eerste- en tweedelijns zorgverleners. Ook is er veel discussie in het zorgveld vanwege de mogelijke inkomenseffecten voor zorgverleners. Voor de financiering van samenwerking in de zorg kunnen zorgverleners gebruikmaken van verschillende regelingen.

Preventie en zelfmanagement – als belangrijke onderdelen van de programmatische aanpak – moeten nog verder worden ontwikkeld en worden door de zorgverzekeraars nog weinig ingekocht. Hierbij speelt een rol dat niet alle vormen van preventie bekostigd worden dan wel verzekerd zijn. Gezondheidsbevorderende maatregelen gericht op de thema's bewegen, roken, alcohol en overgewicht (collectieve preventie) zijn nog niet opgenomen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Bij de zorggerelateerde preventie, waarbij zelfmanagement van de

---

<sup>56</sup> Volgens mededeling van VWS is dat aantal op 31 maart 2010 toegenomen tot 730 (van 6.508). Wij hebben dit cijfer niet gevalideerd. Op langere termijn zouden ook andere beroepsgroepen, zoals fysiotherapeuten en logopedisten worden aangesloten, en is uitbreiding naar de langdurige zorg voorzien.





patiënt (wat kan hij/zij zelf doen om ziektecomplicaties te voorkomen of te beheersen) essentieel is, heeft het zorgveld behoefte aan regie van de minister van VWS om de kwaliteit van het aanbod te bewaken en te voorkomen dat initiatieven blijven steken in een projectmatige aanpak met een korte levensduur en in een gefragmenteerde benadering.

61

In het voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg is afstemming van zorg opgenomen als aspect van de goede zorg, waarop een patiënt recht heeft. Maar patiënten worden nog weinig betrokken bij de ontwikkeling van zorgstandaarden en bij het inkoopproces.

De inspanningen van de minister hebben de zorgen in het veld over het landelijk EPD niet weggenomen en de invoering van het EPD verloopt trager dan beoogd.



## 4 Betere en goedkopere zorg?

62

### 4.1 Achtergrond van onze aanbevelingen in 2006

Door een programmatische aanpak van chronische ziekten, op basis van aandoeningspecifieke zorgstandaarden en integraal bekostigd, zou volgens de minister van VWS de zorg beter en goedkoper moeten worden. In ons onderzoek in 2006 bleek dat er weinig informatie beschikbaar was over de kwaliteitseffecten en de kosteneffectiviteit van afstemmingsinitiatieven in de zorg voor chronisch zieken met een depressie of met rug-, nek- en schouderklachten.

Wij hebben de minister daarom aanbevolen om de continuïteit van kennisontwikkeling te bevorderen. Hij zou dit kunnen doen door systematische evaluatie van initiatieven en bekendmaking van *best* en *worst practices* en – in het verlengde hiervan – door de NZa aan te sporen tot het uitbrengen van periodieke rapportages over prijs/kwaliteitverschillen van integrale zorg.

Voor deze terugblik hebben wij opnieuw geprobeerd om op basis van bestaand onderzoek informatie te verkrijgen over kwaliteit en kosteneffectiviteit van samenwerking in de zorg. De resultaten van deze zoektocht zijn te vinden in § 4.2. In § 4.3 leggen wij de bevindingen uit onze zoektocht naast onze aanbeveling uit 2006. Wij sluiten af met een samenvatting (§ 4.4).

### 4.2 Kwaliteit en kosteneffectiviteit

#### 4.2.1 Ervaringen patiënten

In 2003 en in 2005 hebben deelnemers aan het Nationaal Patiëntenpanel Chronisch Zieken en Gehandicapten aangegeven hoe zij de samenwerking en afstemming hebben ervaren tussen de verschillende zorgverleners met wie zij te maken hadden. In 2009 heeft het onderzoeksinstituut NIVEL deze vraag opnieuw aan het patiëntenpanel voorgelegd.

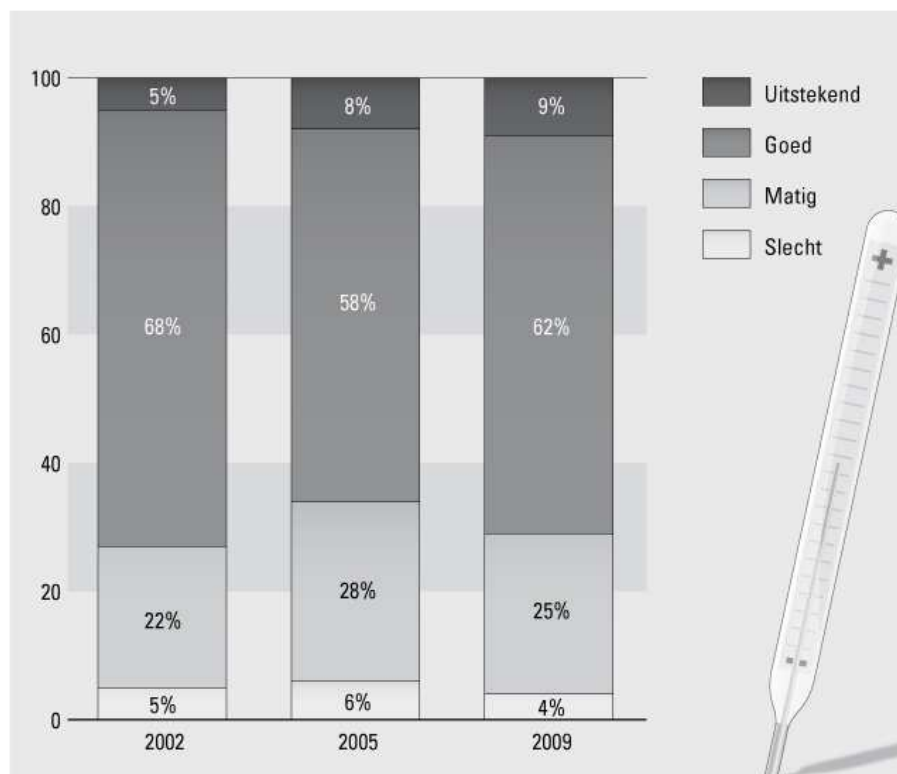


Onderstaande resultaten zijn ontleend aan het door NIVEL hierover gepubliceerde rapport (NIVEL, 2010b).<sup>57</sup>

63

Bijna driekwart (71%) van de mensen met een chronische aandoening die met meer zorgverleners te maken hebben, beoordeelt de samenwerking en afstemming tussen deze zorgverleners anno 2009 over het algemeen als uitstekend (9%) of goed (62%). De overige 29% beoordeelt deze als matig (25%) of slecht (4%). De verschillen ten opzichte van 2002 en 2005 (zie figuur 13) zijn niet significant.

**Figuur 13 Algemeen oordeel van mensen met een chronische aandoening over samenwerking en afstemming tussen verschillende zorgverleners (in procenten in 2002, 2005 en 2009)**



Om inzicht te krijgen in waar het aan schort, is aan de respondenten gevraagd naar hun ervaringen met een aantal specifieke aspecten van afstemming. Het betreft zorginhoudelijke en organisatorische aspecten. De resultaten zijn weergegeven in tabel 3. Wij merken hierbij op dat de percentages in de tabel voor de jaren 2002 en 2005 soms wat afwijken van die in ons oorspronkelijk rapport. De resultaten zijn namelijk door NIVEL herberekend naar een standaardpopulatie, om vertekening van de

<sup>57</sup> De vragen over afstemming zijn in 2009 beantwoord door 59% van de panelleden (858 personen).



resultaten als gevolg van verschillen in de samenstelling van het panel op diverse meetmomenten te voorkomen.

64

De bevindingen zijn als volgt:

- *Communicatie over zorginhoudelijke aspecten*

39% van de mensen met een chronische aandoening vindt dat zorgverleners 'vrijwel nooit' of alleen 'soms' goede afspraken maken met elkaar. Ongeveer net zo groot (38%) is de groep mensen met een chronische aandoening die, als zij bij een andere zorgverlener komen 'meestal' of 'altijd' hun verhaal opnieuw moeten vertellen. Hoewel chronisch zieken wat deze aspecten van afstemming tussen zorgverleners betreft ten opzichte van eerdere jaren (2002 en 2005) wel iets positiever geworden zijn, zijn dat nog steeds hoge percentages. Over de mate waarin zorgverleners goed op de hoogte zijn van afspraken die zij (de chronisch zieken) als patiënt gemaakt hebben met andere zorgverleners zijn chronisch zieken (nog) minder positief. Ruim de helft (54%) vindt dat de zorgverleners 'vrijwel nooit' of alleen 'soms' goed op de hoogte zijn van de afspraken die de patiënt heeft gemaakt met andere zorgverleners. Dat beeld is niet veranderd ten opzichte van 2005. Volgens 7% zijn de adviezen van de verschillende zorgverleners 'meestal' of 'altijd' tegenstrijdig. Dit is sinds 2002 niet veranderd.

- *Organisatie van de zorg*

43% van de mensen met een chronische aandoening kan na doorverwijzing 'vrijwel nooit' of alleen 'soms' snel terecht bij een andere zorgverlener. Dit percentage is in de afgelopen jaren niet significant minder geworden.

Afspraken in dezelfde instelling worden volgens ruim de helft (55%) van de respondenten 'vrijwel nooit' of alleen 'soms' gecombineerd ingepland op dezelfde dag. Ook op dit punt is geen sprake van grote veranderingen ten opzichte van 2002 en 2005: afspraken worden nog altijd weinig efficiënt gepland.

**Tabel 3. Ervaringen van mensen met een chronische aandoening met afstemming tussen zorgverleners (2002, 2005 en 2009)**

	2002	2005	2009
<i>Communicatie over zorginhoudelijke aspecten</i>			
<i>De zorgverleners maakten goede afspraken met elkaar</i>			
Vrijwel nooit	25%	26%	20%
Soms	19%	20%	19%
Meestal	35%	39%	36%
Altijd	21%	15%	25%
<i>Als ik bij een andere zorgverlener kwam, moest ik mijn verhaal opnieuw vertellen</i>			
Vrijwel nooit	27%	25%	36%
Soms	22%	27%	26%



	2002	2005	2009
<i>Communicatie over zorginhoudelijke aspecten</i>			
Meestal	29%	23%	25%
Altijd	22%	25%	13%
<i>De zorgverleners waren goed op de hoogte van de afspraken met andere zorgverleners</i>			
Vrijwel nooit	30%	29%	27%
Soms	26%	24%	27%
Meestal	31%	35%	32%
Altijd	13%	10%	14%
<i>De adviezen van de verschillende zorgverleners waren tegenstrijdig</i>			
Vrijwel nooit	66%	67%	66%
Soms	28%	26%	27%
Meestal	4%	5%	5%
Altijd	2%	2%	2%
<i>Organisatie van de zorg</i>			
<i>Bij verwijzing kon ik snel bij een andere zorgverlener terecht</i>			
Vrijwel nooit	24%	25%	25%
Soms	20%	20%	18%
Meestal	39%	44%	38%
Altijd	17%	11%	19%
<i>Wanneer ik bij twee zorgverleners in dezelfde instelling (bijvoorbeeld ziekenhuis) moest zijn, werden de afspraken gecombineerd op dezelfde dag</i>			
Vrijwel nooit	38%	33%	32%
Soms	22%	25%	23%
Meestal	26%	28%	27%
Altijd	14%	14%	18%

#### 4.2.2 Onderzoek over kwaliteit en kosteneffectiviteit

Al onze gesprekspartners waren ervan overtuigd dat een programmatische aanpak betere en (op termijn) goedkopere zorg oplevert. Voor de aandoeningen depressie en rug-, nek- en schouderklachten hebben wij echter – net als in 2006 – weinig informatie over kwaliteitseffecten en kosteneffectiviteit aangetroffen. De beschikbare onderzoeken betreffen vaak alleen het niveau van individuele projecten. Van diabetesprojecten zijn meer evaluaties beschikbaar, maar deze leveren vooralsnog geen eenduidig beeld op (zie hierna).

De NZa constateert in algemene zin dat bij afloop van een experiment te vaak onduidelijk is in hoeverre en in welke zin de prestatie heeft geleid tot verbetering in prijs-kwaliteitsverhouding van de zorg (NZa, 2010a). Hierna geven wij enkele indicaties uit onderzoeken, zonder pretentie van volledigheid.

##### *Diabeteszorg*

Naar het oordeel van de NDF speelt haar Zorgstandaard een centrale rol in de verwezenlijking van goede diabeteszorg door richting te geven aan de inhoud en de organisatie van de zorg (NDF, 2006).



Evaluaties van diabetesprojecten leveren vooralsnog geen eenduidig beeld op. De evaluatie van het project DiabeteszorgBeter (Project DiabeteszorgBeter, 2009) laat – naast een verhoogde tevredenheid van patiënten – zien dat complicaties vaker worden voorkomen, waardoor patiënten langer binnen de eerstelijnszorg blijven voor behandeling. De evaluatie van experimenten met diagnose-behandelcombinaties voor ketenzorg (RIVM, 2009) liet na één jaar echter nog geen grote veranderingen zien: de kwaliteit van de geleverde zorg is volgens de evaluatie goed, maar nog niet zichtbaar beter dan daarvoor.<sup>58</sup>

66

#### **Voorbeelden organisatie diabeteszorg**

##### *Diabeteszorggroepen*

Multidisciplinaire diabeteszorggroepen in de eerste lijn – onder verantwoordelijkheid van de behandelend (huis)arts – vertalen de NDF Zorgstandaard in samenspraak met de patiënt naar een individueel zorgplan. Betrokken hulpverleners in de zorggroep zijn de huisarts, de praktijkondersteuner, de diabetesverpleegkundige en de diëtist. Buiten de zorggroep worden werkafspraken gemaakt met bijvoorbeeld medische specialisten (oogarts, internist of bijvoorbeeld vaatchirurg), de apotheker, de fysiotherapeut en de podotherapeut of pedicure. Diabeteszorggroepen komen verspreid over het hele land voor.

##### *Project Diabeteszorgbeter*

DiabetesZorgBeter is gebaseerd op het project Transmurale Diabeteszorg, dat in 1998 werd gestart door MCC Klik in Zwolle. In 2006 is dit Zwolse model uitgebreid naar zes regio's in noordoost Nederland, onder de projectnaam DiabeteszorgBeter.

##### *Stichting Diabeter*

Stichting Diabeter is een zelfstandig Behandelcentrum in Rotterdam dat kinderen met diabetes uit het hele land behandelt. De stichting is gelieerd aan het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam en heeft inmiddels een tweede vestiging in Deventer.

#### *Depressie*

Uit een evaluatie van doorbraakprojecten in de depressiezorg (zie § 4.3) werd bij ruim een kwart van de patiënten herstel binnen drie maanden na de start van de behandeling geconstateerd, en bij nog eens een kwart van de patiënten herstel na een behandelperiode tussen drie en zes maanden. De multidisciplinaire behandelteams spreken van betere samenwerking, binnen de teams maar ook met de tweede lijn, maar vonden de periode van een jaar te kort om te spreken van echte verandering (Franx, 2009).

#### *Rug-, nek- en schouderklachten*

In een onderzoek naar de implementatie van een protocol voor de zorgketen van patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom (LRS,

---

<sup>58</sup> Onze geïnterviewden verklaren dat onder meer door het feit dat – vóór de invoering van de diagnose-behandelcombinatie voor ketenzorg – het inzetten van praktijkondersteuners/diabetesverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk al had geleid tot een grote verbetering van de diabeteszorg.



hernia) is vastgesteld dat de invoering van dit protocol onnodig voortijdig doorverwijzen en totale doorlooptijden deed afnemen (TNO, 2009).

67

#### **Voorbeeld uit andere sectoren en uit het buitenland**

Uit onderzoek van de universiteiten van Maastricht, Wageningen en Brighton blijkt dat kwaliteit van de begeleiding van patiënten met HIV sterk verbetert bij speciaal ontwikkelde begeleidingsprogramma's. Van patiënten die gewone zorg ontvingen, bleek dat vier van de tien patiënten hun medicijnen niet volgens voorschrift innamen. Het percentage succesvol behandelde patiënten is met ongeveer 40% toegenomen bij intensieve begeleiding aangeboden door gespecialiseerde HIV-verpleegkundigen.<sup>59</sup> Onze gesprekspartners wijzen op goede resultaten bij de programmatische aanpak van decubitus (doorliggen) en de ziekte van Parkinson.<sup>60</sup> Succesvol is ook de integrale aanpak bij langdurige arbeidsongeschikten met chronische rugklachten.<sup>61</sup> Ook de ervaringen met *disease management* in het buitenland (Verenigde Staten en Duitsland) worden regelmatig aangehaald (zie bijlage 5).

#### *Kosteneffectiviteit*

In april 2009 heeft de NZa de resultaten van een analyse van de integrale bekostiging van vier chronische zorgvormen gepubliceerd (NZa, 2009b). De NZa komt op basis van literatuuronderzoek tot de conclusie dat gestructureerde samenwerking tussen zorgaanbieders meerwaarde heeft. Deze meerwaarde zit volgens de NZa vooral in de dynamiek van het zorgproces, het management van schakelpunten, een gestructureerde overdracht, het feit dat de patiënt structurele aandacht krijgt, diverse disciplines betrokken worden en gewerkt wordt volgens protocollen.

De komende jaren moeten uit de volgende initiatieven onderzoeksgegevens beschikbaar komen die uitspraken over kwaliteit en kosteneffectiviteit mogelijk maken:

- Aan het ZonMw-programma *Diseasemanagement* is een driejarig evaluatieonderzoek gekoppeld dat inzicht moet geven in de vraag hoe de kosten van 'disease management' zich verhouden tot de effecten.
- Een door de minister in januari 2010 ingestelde Evaluatiecommissie Integrale bekostiging zal in de komende drie jaar de ontwikkelingen rondom integrale bekostiging monitoren en hierover periodiek rapporteren. De commissie moet de effecten van het beleid in termen

<sup>59</sup> Bron: [www.scienceguide.nl](http://www.scienceguide.nl); geraadpleegd op 7 april 2010.

<sup>60</sup> Zie in dit verband ParkinsonNet. Het ParkinsonNet bestaat uit regionale netwerken van zorgverleners die gespecialiseerd zijn in het behandelen en begeleiden van patiënten met de ziekte van Parkinson. De netwerken zijn gecentreerd rond een of meer maatschappen neurologie van de regionale ziekenhuizen. Op dit moment zijn met name neurologen, parkinsonverpleegkundigen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten bij de regionale netwerken.

<sup>61</sup> Bron: [www.mednet.nl](http://www.mednet.nl). De integrale aanpak is gericht op zowel de patiënt als diens werk. De behandeling vindt plaats in het ziekenhuis, in een gespecialiseerde fysiotherapiepraktijk en op de werkplek. De klinische arbeidskundige stelt een individueel behandelprogramma op en coördineert de zorg. Hij informeert de huisarts, de bedrijfsarts en de werkgever en zorgt ervoor dat iedereen op dezelfde lijn zit.



van de kwaliteitsverbetering en kostenreductie beoordelen. Eén van de aandachtspunten voor de commissie betreft de invloed van de integrale bekostiging op samenwerking tussen zorgaanbieders.

- Tevens brengt de NZa uiterlijk 31 december 2011 een rapport uit aan de minister over de effecten van de introductie van de ketens.

68

## **4.3 Meer inzicht in kwaliteit en kosteneffectiviteit van integrale zorg?**

### **4.3.1 Zorgen voor inzicht in kwaliteit en kosten**

Wij hebben de minister van VWS in 2006 aanbevolen om het exploreren en exploiteren van informatie over afstemmingsinitiatieven via kennisinstituten te stimuleren, opdat er door systematische evaluatie van initiatieven bewijs beschikbaar komt dat afstemming werkt. Bovendien zou de minister in onze visie de NZa kunnen aansporen tot het uitbrengen van periodieke rapportages waarin prijs/kwaliteitverschillen van best practices van ketenzorg tot uitdrukking worden gebracht.

De minister van VWS antwoordde dat in zijn beleid goede (kwalitatieve) keuze-informatie een cruciale rol speelt. Het RIVM had in 2006 in zijn opdracht een zorgportaal gerealiseerd (kiesBeter.nl) met keuze-informatie over ziekenhuizen, zorgverzekeringen, medicijnkosten en verpleeg- en verzorgingstehuizen. In de loop van 2007 en 2008 zou de site worden uitgebreid met kwaliteitsinformatie en keuze-informatie over andere sectoren: thuiszorg, eerstelijnszorg, gehandicaptenzorg en GGZ. Een nieuw op te richten instituut zou zorgdragen voor het meten van gestandaardiseerde klantervaringen.

#### *Bevindingen terugblik 2010*

Eind 2006 is het Centrum Klantervaringen Zorg (CKZ) opgericht. Het CKZ heeft een meetstandaard ontwikkeld (de Consumer Quality Index of CQ-Index), waarmee ervaringen van cliënten met de prestaties van (ketens van) zorgverleners en zorgverzekeraars vergeleken kunnen worden. Deze klantervaringen maken deel uit van de normen voor verantwoorde zorg, die een belangrijke rol spelen in het door de minister van VWS gevoerde kwaliteitsbeleid. In maart 2010 waren voor negen aandoeningen (waaronder diabetes) CQ-indices ontwikkeld. Dertig CQ-indices zijn in ontwikkeling, onder meer voor de aandoening rughernia.<sup>62</sup> Metingen van de CQ-index moeten onder meer worden opgenomen op kiesBeter.nl. Daar is echter nog maar beperkt informatie te vinden over de kwaliteit van zorg bij chronische aandoeningen. In ons rapport *Implementatie*

---

<sup>62</sup> Bron: CZK-website, geraadpleegd op 3 maart 2010.





*Kwaliteitswet zorginstellingen* (Algemene Rekenkamer, 2009a) hebben wij de verwachting uitgesproken dat het nog wel enige tijd zal duren voordat er valide normenkaders voor verantwoorde zorg en betrouwbare informatie over de aan deze normenkaders gekoppelde prestatie-indicatoren beschikbaar zullen zijn.<sup>63</sup> Klantervaringen betreffende diabeteszorg en rughernia zijn wel beschikbaar bij zorgverzekeraars ten behoeve van de zorginkoop.<sup>64</sup>

69

In § 4.2.2 van dit rapport hebben wij beschreven dat er nog geen eenduidige informatie beschikbaar is waaruit blijkt dat integrale zorg betere en goedkopere zorg oplevert. Wel zijn er sinds 2006 verschillende door VWS gesubsidieerde programma's gaan lopen waarin onderzoek wordt gedaan en praktijkervaring wordt opgedaan met afstemming van zorg, zoals het programma *Diseasemanagement* (2009-2013), het Nationaal Actieprogramma *Diabetes* (2009-2013) en het programma *Op één lijn* (2009-2014). In evaluaties van het programma *Diseasemanagement* en van de Evaluatiecommissie *Integrale bekostiging* moet de vraag naar de kosteneffectiviteit van integrale zorg aan de orde komen.

#### 4.4 Samenvattend

Onze gesprekspartners menen dat een programmatische aanpak van chronische ziekten betere en op termijn ook goedkopere zorg oplevert. Maar er is – net als in 2006 – nog weinig concrete informatie beschikbaar over de kwaliteitseffecten en de kosteneffectiviteit van afstemmingsinitiatieven in de zorg voor chronisch zieken. De door de toenmalige minister toegezegde kwaliteitsinformatie komt trager beschikbaar dan beoogd. Beschikbare onderzoeksresultaten betreffen vooral diabetes en zijn niet eenduidig. Bovendien ging het ons bij deze aanbeveling vooral ook om het beschikbaar komen van eenduidige informatie waaruit blijkt of/onder welke voorwaarden integrale zorg betere en goedkopere zorg oplevert.

Mensen met een chronische aandoening zijn – ondanks lichte verbeteringen op enkele punten - in 2009 niet significant meer tevreden over de

---

<sup>63</sup> Wij hebben in ons rapport de doelstelling voor het beschikbaar komen van normen voor alle zorgsectoren (2011) 'ambitieuw' genoemd, omdat wij verwachten dat het valideren van de indicatoren en het inrichten van een betrouwbare informatievoorziening nog enige tijd zal duren.

<sup>64</sup> Deze zijn gemeten met de CQ-index vragenlijsten en worden verzameld door de Stichting Miletus, een samenwerkingsverband van zorgverzekeraars voor het meten van ervaringen van patiënten.



samenwerking en afstemming tussen zorgverleners waar zij mee te maken hebben.



## Bijlage 1 Gebruikte afkortingen

71

AAM	Algemene marktmacht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BSN	Burgerservicenummer
CKZ	Centrum Klantervaringen Zorg
COPD	Chronische Obstructive Pulmonary Disease
CQ-index	Consumer Quality Index
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
CVA	Cerebrovasculair accident
EPD	Elektronisch patiëntendossier
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LOVE	Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg
LRS	Lumbosacraal Radiculair Syndroom
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
MCC	Medische Coördinatie Centra
NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NCPF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SMART	Specifiek, meetbaar, realistisch en tijdgebonden
SPV	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
VBTB	Van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wtcg	Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie



## Bijlage 2 Overzicht aanbevelingen en reacties oorspronkelijk rapport (2006)

72

Conclusies	Aanbevelingen	Reactie minister van VWS
<b>Landelijke beleidscyclus</b>		
<p>De minister heeft geen meetbare doelstellingen in zijn beleid geformuleerd; hij geeft geen systematisch vervolg aan beleidsactiviteiten en aan signalen.</p> <p>Over beleidsbeslissingen op het terrein van afstemming binnen de zorg wordt door het ministerie onvoldoende gecommuniceerd met het veld. Zorgverleners vinden dat het ministerie tegenstrijdige signalen afgeeft door enerzijds marktwerking en concurreren te stimuleren en anderzijds samenwerking te bevorderen.</p>	<p>1 Het beleid verduidelijken door toepassing van de VBTB-systematiek en door de formulering van SMART-geformuleerde doelstellingen.</p> <p>2 Duidelijk maken wat met het streven naar betere afstemming van de zorgverlening wordt beoogd. Belangrijk is dat duidelijk wordt hoe het streven naar samenwerking binnen de zorg zich verhoudt tot het streven naar meer concurrentie binnen diezelfde sector.</p>	<p>1 De VBTB-conformiteit van de begroting wordt met ingang van de Begroting 2007 verbeterd. De artikelingeling is aangepast en binnen elk artikel zijn doelstellingen geconcretiseerd en waar mogelijk meetbaar gemaakt door prestatie-indicatoren op te nemen.</p> <p>2 Samen met de NMa, NZa en het Ministerie van Economische Zaken worden instrumenten ontwikkeld om zorgaanbieders te ondersteunen. De minister zal met de betrokken koepels nagaan of de komende tijd nieuwe initiatieven op dit gebied moeten worden ontwikkeld.</p>
<p>Er is onvoldoende bekend over de resultaten van het beleid.</p>	<p>3 Actief monitoren door (a) IGZ te verzoeken jaarlijks te rapporteren over de behaalde resultaten en effecten van de kwaliteit van zorg en (b) regelmatig informatie inwinnen (bijvoorbeeld via het meldpunt hinderlijke regelgeving in de zorg of via periodieke meetings met praktijkdeskundigen) over knelpunten die veldpartijen ervaren bij het organiseren van samenwerking en afstemming.</p>	<p>3 (a) De IGZ geeft in haar werkplan voor 2007 specifiek aandacht aan de risicoanalyse van ketenzorg in verschillende inspectieprogramma's. (b) De minister zal nog in 2006 een 'vliegende brigade' oprichten die het zorgveld gaat helpen bij het oplossen van problemen met de uitvoering, regellasten en bureaucratie. Strijdige en knellende regelgeving in de zorg kan het veld melden bij het Meldpunt Strijdige Regelgeving van het Ministerie van Economische Zaken.</p>
<b>Landelijke voorzieningen</b>		
<p>Faciliteiten om betere voorwaarden voor afstemming te scheppen (zoals regionale structuren en het elektronisch patiëntendossier) komen moeizaam van de grond.</p>	<p>Regionale structuren: zie aanbeveling 8.</p> <p>4 Continuïteit van kennisontwikkeling waarborgen: bevorderen van systematische evaluatie van afstemmingsinitiatieven en brede verspreiding van de resultaten daarvan. Het gaat om bewijs dat afstemming werkt (<i>evidence</i>), om <i>best</i> en <i>worst practises</i>, en om informatie over kosten en baten van afstemming. De kennisinstututen kunnen hierin een belangrijke rol vervullen.</p> <p>5 Elektronisch patiëntendossier (EPD): aandacht geven aan het creëren van draagvlak in het zorgveld.</p>	<p>4 Een nieuw op te richten instituut gaat zorg dragen voor het (laten) ontwikkelen van een standaard voor het meten van klantervaringen, de metingen regisseren en de uitkomsten op gestandaardiseerde wijze verzamelen. Het RIVM heeft een zorgportaal gerealiseerd met (in de komende jaren verder uit te breiden) keuze-informatie voor consumenten, verzekeraars en zorgaanbieders.</p> <p>5 Najaar 2006 wordt de voorlichting aan betrokkenen in het zorgveld versterkt.</p>



Conclusies	Aanbevelingen	Reactie minister van VWS
<p><b>Rollen van (veld)partijen</b></p> <p>Patiënten, zorgverzekeraars en zorgverleners beschikken niet over transparante en actuele informatie over regionale en lokale afstemmingsinitiatieven.</p>	<p>Zie aanbeveling 4.</p>	
<p>Samenwerking ontstaat niet vanzelf, maar moet georganiseerd worden. Daarbij zijn in eerste instantie de zorgverleners zelf aan zet. Professionele autonomie en belangen- tegenstellingen tussen zorgverleners vormen een potentiële barrière.</p>	<p>6 Stimuleren van het gebruik van het normenkader voor ketenkwaliteit. Beschrijving van een stappenplan hoe de implementatie van het normenkader kan plaatsvinden en ontwikkeling van een praktische handreiking voor het starten van een afstemmingsinitiatief.</p>	<p>6 De minister beschouwt het concept normenkader van de HKZ als een zinvol toetsingsinstrument voor partners in een zorgketen. HKZ geeft gevolg aan een stapsgewijze benadering in de handreiking.</p>
<p>Patiëntbetrokkenheid is beperkt.</p>	<p>7 In de studie naar de meerwaarde van de Zorgconsumentenwet ook de vraag te betrekken of patiëntbetrokkenheid bij afstemmingsafspraken als een recht voor de zorgconsument kan worden geformuleerd.</p> <p>Zie ook aanbeveling 6.</p>	<p>7 De minister verwacht dat de Raad voor de Volksgezondheid &amp; Zorg (eind oktober 2006 in zijn advies over een Zorgconsumentenwet) en de IGZ (in de Staat van de Gezondheidszorg 2006) hierop zullen ingaan.</p>
<p>Zorgverzekeraars hebben de regelingen en programma's voor zorg vernieuwing onvoldoende benut.</p>	<p>8 Met de zorgverzekeraars concrete afspraken maken over de van hen verwachte inzet, bijvoorbeeld in een convenant (over onder meer taken van de regionale ondersteuningsstructuren ten aanzien van de bevordering van afstemming en over hun inzet voor het bevorderen van de kwaliteit in de zorg).</p>	<p>8 De minister is hierin terughoudend omdat deze werkwijze niet goed past in zijn beleid/sturingsfilosofie en verantwoordelijkheden van partijen. Ten aanzien van de regionale ondersteuningsstructuren wijst hij op inspanningen van veldpartijen binnen het Landelijke Overleg Versterking Eerstelijnszorg. Ten aanzien van de kwaliteit van zorg vertrouwt hij erop dat verzekeraars hun verantwoordelijkheid voor de inkoop van goede zorg, waar zullen maken.</p> <p>Omdat samenwerking in de eerstelijnszorg breder is dan alleen die in de curatieve zorg (maar ook de care en maatschappelijke ondersteuning betreft) , onderzoekt het kabinet welke maatregelen daaraan bijdragen. De minister verwijst daarbij naar initiatieven om afstemming in de AWBZ-sector te stimuleren.</p>
<p>Afstemmingsinitiatieven komen schoorvoetend op gang. De veelal tijdelijke projectfinanciering verhindert in de visie van de zorgverleners structurele voortzetting en daarmee verdere verspreiding van initiatieven.</p> <p>Zorgverleners denken nog weinig in termen van marktwerking en zorgproducten: er is onvoldoende informatie over de kosten en baten van afstemming.</p>	<p>9 Ontwikkeling van diagnose-behandelcombinaties voor de transmurale en de ketenzorg voortvarend ter hand nemen en de NZa aansporen tot het uitbrengen van periodieke rapportages waarin prijs/kwaliteitsverschillen van <i>best practices</i> tot uitdrukking worden gebracht.</p>	<p>9 De aanpak van ketenzorg via zorggroepen blijkt zo succesvol dat de verzekeraars ook al buiten de experimenten voor diabetes om ketencontracten met zorggroepen afsluiten.</p>



## **Bijlage 3 Probleemstelling, onderzoeksvragen, aanpak en normen**

74

De probleemstelling van ons terugblikonderzoek luidt:

*Wat heeft het departement gedaan met de aanbevelingen in het rapport Afstemming in de zorg en stimuleert de huidige programmatische aanpak van de minister van VWS het tot stand komen van afstemmingsafspraken tussen zorgverleners?*

Deze probleemstelling valt uiteen in de volgende onderzoeksvragen:

1. In hoeverre zijn de toezeggingen op onze aanbevelingen uit het rapport *Afstemming in de zorg* opgevolgd?
  - Als niet opgevolgd: wat is daarvoor de reden?
  - Als wel opgevolgd: hebben de door de minister ondernomen activiteiten in de visie van veldpartijen (zorgverzekeraars, zorgverleners, patiëntenorganisatie) bijgedragen aan het tot stand komen van samenwerkingsinitiatieven en wat hebben mensen met een chronische aandoening daarvan volgens deze veldpartijen (maar ook volgens henzelf) gemerkt?
2. Stimuleert de huidige programmatische aanpak van de minister van VWS het tot stand komen van afstemmingsafspraken tussen zorgverleners?
  - Hoe stimuleert en faciliteert de minister van VWS thans (in het kader van de programmatische aanpak) het maken en het gebruik van afstemmingsafspraken?
  - Heeft de minister informatie over (de groei van) het aantal afstemmingsafspraken voor chronische aandoeningen? Wordt de Tweede Kamer hierover geïnformeerd?
  - Biedt de programmatische aanpak in de visie van veldpartijen (zorgverzekeraars, zorgverleners, patiëntenorganisatie) een oplossing voor in ons onderzoek uit 2006 gesignaleerde knelpunten?
  - Zijn mensen met een chronische aandoening meer dan in 2006 tevreden over de samenwerking en afstemming tussen verschillende zorgverleners?



Net als in 2006 zal het onderzoek op een aantal momenten gericht worden op depressie en lage rug-, nek-, en schouderklachten.<sup>65</sup> Inmiddels is de meeste ervaring opgedaan in de ketenzorg<sup>66</sup> voor diabetici type II.<sup>67</sup> Deze aandoening werd in 2006 door de minister als *best practice* aangemerkt. Wij hebben de ervaringen met ketenzorgprojecten voor deze aandoening op geëigende momenten betrokken in het onderzoek. Net als in 2006 zijn zuiver intramurale samenwerking en doorverwijzing niet betrokken in het onderzoek.

75

Voor de beantwoording van deze onderzoeksvragen hebben wij de volgende activiteiten uitgevoerd:

- Documentenanalyse: Tweede Kamer stukken, beleidsnota's en onderzoeksrapporten. Tot deze laatste behoort een vervolgmeting onder het Patiëntenpanel Chronisch Zieken en Gehandicapten. De vragen over afstemming in de zorg, die in 2005 op ons verzoek voor een tweede keer werden voorgelegd aan dit panel, zijn medio 2009 voor een derde keer herhaald.<sup>68</sup>
- Gesprekken met vertegenwoordigers van VWS, NZa, NDF, LVG en patiëntenorganisatie (NCPF, Wervelkolom en Fonds Psychische Gezondheid). Wij hebben met deze partijen gesproken over de ontwikkelingen in de huidige programmatische aanpak van chronische ziekten en over de succes- en faalfactoren in deze aanpak.
- Gesprekken met experts op het gebied van ketenzorg. Met deze experts hebben wij onder meer gesproken over mogelijkheden tot versnelling van de programmatische aanpak.

In de terugblik hanteren wij zoveel mogelijk dezelfde begrippen en normen als in het oorspronkelijke onderzoek (zie kader). Tegenwoordig wordt in plaats van ketenzorg vaak het begrip integrale zorgverlening gebruikt.

---

<sup>65</sup> Tijdens ons onderzoek in 2006 was de aanpak en behandeling van chronische lage rug-, nek-, en schouderklachten nog aangemerkt als één van de prioritaire ziekten. Anno 2010 is de beleidsmatige aandacht verlegd naar de chronische aandoening artrose (zie verder hoofdstuk 2). Artrose is een gewrichtsaandoening door slijtage van beenderen en/of het kraakbeen.

<sup>66</sup> Ketenzorg is 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 (uit NZA, 2009. *Visiedocument Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen*).

<sup>67</sup> Diabetes mellitus (type II) oftewel suikerziekte (hierna diabetes). Een chronische stofwisselingsziekte die gepaard gaat met een te hoog glucosegehalte in het bloed. Overgewicht, weinig bewegen en/of onvoldoende gezond eten zijn belangrijke oorzaken van diabetes type II.

<sup>68</sup> De resultaten zijn gepubliceerd in de Zorgbalans 2010.



## **Normen**

### **1. Verantwoordelijkheid minister**

De minister van VWS is verantwoordelijk is voor het systeem van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg (spelregels vaststellen en bewaken van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit). De minister is aanspreekbaar op systeemfouten en -falen.

#### *Subnormen:*

- De minister moet over informatie beschikken om de voortgang van zijn beleid te kunnen beoordelen. De twee toezichthouders in de zorg, IGZ en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), spelen een belangrijke rol bij het verzamelen van deze gegevens. Het gaat niet alleen om informatie over het functioneren van het systeem zelf, maar ook over de resultaten die hiermee behaald worden. Dat betekent ook: meetbare doelen formuleren.
- De minister dient periodiek zijn beleid te evalueren, zodat lessen kunnen worden getrokken, en het beleid en/of bepaalde maatregelen eventueel aangepast kunnen worden. Dat betekent ook: systematisch vervolg geven aan eenmaal ingezette beleidsactiviteiten en signalen uit beleidsevaluaties systematisch oppakken.

### **2. Verantwoordelijkheid van partijen in het zorgveld**

De samenwerking moet door de veldpartijen (zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten) zelf georganiseerd worden.

#### *Subnormen:*

- De zorgverleners bieden verantwoorde zorg aan (zorg van een goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt).
- De patiënt kiest binnen die grenzen welke zorg het beste bij hem past en kan daardoor zorgverleners en zorgverzekeraars eraan houden dat verantwoorde zorg (waaronder ketenzorg) gerealiseerd wordt.
- De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het afstemmen van de wensen van patiënten op de mogelijkheden van zorgverleners.

### **3. Normen voor afstemmingsafspraken**

Afstemmingsafspraken tussen zorgverleners zijn een belangrijke voorwaarde voor de continuïteit van de zorg voor patiënten. Afgestemde zorg is zorgverlening waarbij de zorginspanningen van verschillende zorgverleners voor patiënten met een bepaalde ziekte één samenhangend geheel vormen. Hoe de samenwerking en afstemming eruit moet zien, wordt overgelaten aan de veldpartijen.





## Bijlage 4 Verantwoordelijkheidsverdeling

77

Het beleid van de minister van VWS is erop gericht randvoorwaarden te scheppen voor een kwalitatief goed, toegankelijk en ketengericht aanbod van zorg dat aansluit bij de zorgvraag van mensen met een chronische aandoening; hun wensen en behoeften staan centraal. Om dit aanbod te realiseren rekent de minister op de inzet van andere actoren: zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij de zorg zo organiseren dat deze aansluit bij de wens en behoefte van de patiënt. Hierbij past dat patiënten en vertegenwoordigers van patiënten, maar ook zorgverzekeraars, invloed kunnen uitoefenen op de te leveren zorg. Vooral de patiënten met een chronische aandoening moeten in staat worden gesteld zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven te behouden. Dit wordt aangeduid met de term zelfmanagement.

Voor zichzelf ziet de minister van VWS een stimulerende en faciliterende rol ten opzichte van zorgaanbieders en zorgverzekeraars weggelegd; hij is van mening dat in beginsel de publieke belangen in de zorg (toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit) effectief geborgd worden door zorgaanbieders de ruimte en verantwoordelijkheid te geven kwalitatief goede zorg op een efficiënte wijze aan te bieden. Daarbij vertegenwoordigen de zorgverzekeraars de patiënt en kopen zij, in onderhandeling met de zorgaanbieder, zorg in voor hun patiënten tegen een zo goed mogelijk prijs/kwaliteitverhouding. Door de invoering van prestatiebekostiging (vorm van bekostiging waarbij zorgaanbieders één bedrag voor alle zorg krijgen die zij leveren aan een patiënt met een bepaalde aandoening) komen de financiële risico's te liggen bij de zorgaanbieder en -verzekeraar (VWS, 2009b).

Staatsrechtelijk is de minister van VWS verantwoordelijk voor het systeem van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg. Hij is aanspreekbaar op systeemfouten en -falen. De minister moet over informatie beschikken om de voortgang van zijn beleid te kunnen beoordelen. De twee toezichthouders in de zorg, de IGZ en de NZa, spelen een belangrijke rol bij het verzamelen van deze informatie. Het



gaat niet alleen om informatie over het functioneren van het systeem zelf, maar ook over de resultaten die hiermee behaald worden. Ten slotte dient de minister periodiek zijn beleid te evalueren, zodat lessen kunnen worden getrokken, en het beleid en/of bepaalde maatregelen eventueel aangepast kunnen worden. Voor de volledigheid vermelden wij hier ook de rol van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Het CVZ is zowel een advies- als uitvoeringsorganisatie voor de wettelijke ziektekostenverzekeringen: de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Het CVZ heeft een belangrijk aandeel in het op peil houden van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Het doet dit onder andere door adviezen aan de minister van VWS te geven over de inhoud van het verzekerde basispakket. Het CVZ speelt onder andere een rol bij de besluitvorming rond de opname van leefstijlinterventies in het basispakket, zoals beweegkuren, de interventie stoppen met roken en depressiepreventie.



## **Bijlage 5 *Disease management* in internationaal perspectief**

Er zijn internationaal uiteenlopende modellen in gebruik om de zorg aan chronisch zieken voor te stellen (ZonMw, 2008).

Het *Chronic Care model* beschrijft de zorgverlening aan chronisch zieken binnen een brede maatschappelijke en beleidsmatige context. Dit model is een bundeling van effectieve interventies en bestaat uit zes componenten: community resources, health care organisation, selfmanagement support, delivery system design, decision support en clinical information systems.

Andere modellen beperken zich tot het beschrijven van de zorgverlening zelf. Voorbeelden hiervan zijn het uit de Verenigde Staten afkomstige *Kaiser Model* en het *Evercare en Pfizer model*. Elementen die in alle modellen terug komen zijn zelfmanagement, integrale zorg en sturen op kosten en uitkomsten.

De verschillende landen leggen eigen accenten:

- In de VS wordt *disease management* vooral aangetroffen binnen Health Maintenance Organizations (HMO's) en in Academische Medische Centra. De nadruk ligt daar op kostenbeheersing en er is een actieve betrokkenheid van de farmaceutische industrie.
- In het Verenigd Koninkrijk komt *disease management* veel voor binnen National Service Frameworks (NSFs) en dan vooral voor kankerpatiënten, bij pedriatische intensieve zorg, bij coronaire hartziekten, oudere patiënten, diabetes, bij nierpatiënten, en patiënten met chronische neurologische ziekten.
- In Duitsland vallen de *disease management*-programma's onder de wet uit 2001 die de hervorming van het zorgstelsel regelde. Het wordt geaccrediteerd door het Federal Insurance Office maar aangeboden via het Ziekenfonds. Er zijn standaarden diabetes, astma, borstkanker, COPD, en coronaire hartziekte.
- In Frankrijk zijn er regionale netwerken voor Poliomyelitispatiënten met Chronische Respiratory Insufficiency (CRI) waarmee al gestart is in de jaren 60. In 1991 is dit programma door een wettelijke maatregel tot een nationaal programma gemaakt. De Federatie (ANTADIR) levert ondersteuning voor 26 non profit regionale



associaties en fungeert als een nationaal kennis- en informatie-centrum.

80

- In Australië bestaat het Chronic and Complex Care Programme. Er is een New South Wales Action Plan for Health. Er bestaat een systeem waarbij de patiënt zijn eigen dossier beheert en er zijn Clinical Services Frameworks, patiënten hebben 24-uurs toegang tot zorg.
- In onder andere Canada is het Chronic Care Model (CCM) gebruikt bij diverse projecten in de eerste lijn met goede resultaten. Hierbij geeft men veel aandacht aan comorbiditeit en verschuift men de aandacht naar een integrale benadering en keten van zorg, behandeling en welzijn.



## Literatuur

81

Algemene Rekenkamer, 2009a. Rapport *Implementatie Kwaliteitswet zorginstellingen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 31 961, nrs. 1-2. Den Haag: Sdu.

Algemene Rekenkamer, 2009b. *Zorg op afstand. Een innovatie in de langdurige zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 31 967, nrs. 1-2. Den Haag: Sdu.

CVZ, 2007. Rapport *Van preventie verzekerd*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

Croonen, 2010. *Contracting ketenzorg verloopt stroef*. In Medisch Contact, 29 april 2010, nr. 17.

Franx, 2009. *Quality improvement in depression in the Netherlands: the Depression Breakthrough Collaborative*. G. Franx, e.a.. Artikel in *International Journal of Integrated Care, Vol. 9, 15 june 2009*.

IGZ, 2006. *Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd? Uit de Staat van de Gezondheidszorg 2006*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

IGZ, 2007a. *Staat van de Gezondheidszorg 2007*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

IGZ, 2007b. *Meerjarenbeleidsplan 2008 tot 2011. Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

IGZ, 2009a. *Rapport Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren. Onderzoek naar de kwaliteit van de oncologische zorgketen voor patiënten die worden behandeld met radiotherapie*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

IGZ, 2009b. *Werkplan 2010. Vertrouwen en verifiëren*. Utrecht, Inspectie voor de gezondheidszorg.



LVG, 2008. *Nulmeting zorggroepen. Een beschrijvend onderzoek van de karakteristieken*. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerstelijns.

NDF, 2006. *Gezonde kijk op diabetes; preventie, zorg en kennis samen in beleid. Beleidsplan 2006-2010*. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie.

NIVEL, 2007. *Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn*. J. Hansen, T. Nuijen en L. Hingstman, 2007. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg.

NIVEL, 2010a. *Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn*. J. Hansen, M. van Greuning en R.S. Batenburg. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg.

NIVEL, 2010b. *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2010*. M. Heijmans, P. Spreeuwenberg, M. Rijken. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg.

Nma en NZa, 2010. *Richtsnoeren Zorggroepen*. Den Haag: Nederlandse Mededingingsautoriteit en Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa, 2008. *Aanmerkelijke Marktmacht in de zorg*. Beleidsregel AL/BR-100.086. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa, 2009a. *Monitor zorgverzekeringsmarkt 2009. Trends en acties van de NZa*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa, 2009b. *Visiedocument Functionele bekostiging van vier niet complexe chronische zorgvormen (diabetes, COPD, cardiovasculair risicomangement en hartfalen)*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZA, 2010a. *Uitvoeringstoets Mededingingsanalyse Zorggroepen*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa, 2010b. *Ruimte voor Innovatie*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa, 2010c. *Uitvoeringstoets Integrale bekostiging ketenzorg. Verruiming grenzen en soorten ketens*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.



*Project Diabeteszorgbeter (2009). Rapport Samenwerking en Samenhang in de keten, evaluatie en resultaten.*

83

Regieraad, 2009. *Werkplan 2010*. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van zorg.

RIVM, 2007. *Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronisch ziektenprevalentie 2005-2025*. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RIVM, 2009. *Experimenteren met de keten-dbc diabetes; de eerste zichtbare effecten*. J.N. Struijs, J.T. van Til en C.A. Baan; 2009. Bilthoven; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RIVM, 2010a. *Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 'Van gezond naar beter'*. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RIVM, 2010b. *De prestaties van de Nederlandse zorg. Zorgbalans 2010*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RVZ, 2006. *De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

RVZ, 2010. *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

TNO, 2009. *Implementatie van een protocol voor de zorgketen van patiënten met een LRS: effecten op onnodige verwijzingen, wachttijden en kosten*. M.H. Fleuten e.a., januari 2009. Leiden: TNO.

Tweede Kamer, 2009. *Vragen van het lid Jan de Vries (CDA) aan de minister en de staatssecretaris van VWS over het stopzetten van de subsidie aan HKZ (ingezonden 8 mei 2009): Antwoord*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, aanhangsel van de handelingen, nr. 3504. Den Haag: Sdu.

Tweede Kamer, 2010. *Wet cliëntenrechten zorg. Aanbieding voorstel van wet d.d. 7 juni 2010*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 402, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS, 2003. *Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Brief van de minister van VWS bij de aanbieding van de kabinetsnota Langer gezond*



*Leven: ook een kwestie van gezond gedrag.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 22 894, nr. 20. Den Haag: Sdu.

84

*VWS, 2004. Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Brief van de minister van VWS over verbetering van de zorg voor diabetespatiënten.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 22 894, nr. 41. Den Haag: Sdu.

*VWS, 2005a. Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Brief van de minister van VWS bij de tussentijdse rapportage van de Taakgroep Programma Diabeteszorg inzake plan van aanpak verbetering van de diabeteszorg in Nederland.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 22 894, nr. 50. Den Haag: Sdu.

*VWS, 2005b. Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Brief van de minister van VWS over diabeteszorg.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 22 894, nr. 62. Den Haag: Sdu.

*VWS, 2007a. Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Brief van de bewindspersonen van VWS en van Jeugd en Gezin met de kabinetsvisie op gezondheid en preventie.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 22 894, nr. 134. Den Haag: Sdu.

*VWS, 2008a. Vaststelling begroting Ministerie van VWS voor het jaar 2008. Brief van de minister en staatssecretaris van VWS over het beleid ten aanzien van chronische ziekten.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31 200 XVI, nr. 155. Den Haag: Sdu.

*VWS, 2008b. Een dynamische eerstelijnszorg. Brief van 31 januari 2008 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer inzake zijn visie op de eerstelijnszorg.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr. 56. Den Haag: Sdu.

*VWS, 2008c. Doelstellingenbrief eerstelijnszorg. Brief van 3 juli 2008 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer inzake een nadere uitwerking van zijn visie op de eerstelijnszorg.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr. 76. Den Haag: Sdu.

*VWS, 2008d. Acute zorg. Brief van de minister van VWS over de hoofdlijnen van functionele bekostiging.* Tweede Kamer, 2008-2009, 29 247, nr. 84. Den Haag: Sdu.

*VWS, 2008e. Begroting VWS 2009.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 31 700, nr. 2. Den Haag: Sdu.





VWS, 2009a. *Rijksbegroting 2010 Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 123 XVI, nr. A. Den Haag: Sdu.

VWS, 2009b. *Brief van de minister van VWS d.d. 9 juli 2009 over ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 012, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS, 2009c. *Uitgangspuntennotitie invoering landelijk EPD. Brief van 27 november 2009 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, niet-dossierstuk 2009D60159.

VWS, 2010a. *Vaststelling begroting Ministerie van VWS voor het jaar 2010; brief van 17 mei 2010 over onder meer de voortgang op het terrein van de chronische zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 123 XVI, nr. 136. Den Haag: Sdu.

VWS, 2010b. *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van VWS 2010*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 123 hoofdstuk XVI, nr. 2, p. 19. Den Haag: Sdu.

VWS, 2010c. *Beleidsverslag 2009*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 360 XVI, nrs. 1-3. Den Haag: Sdu.

VWS, 2010d. *Voortgangsrapportage Elektronisch patiëntendossier. Brief van 8 februari 2010 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 27 529, nr. 59. Den Haag: Sdu.

ZonMw, 2008. *Programmavoorstel Diseasemanagement chronische ziekten*. Den Haag: ZonMw.

ZonMw, 2009. *Een tussentijds rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten*. Den Haag: Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

ZonMw, 2010. *Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten*. Den Haag: Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

**Onderzoeksteam**

mw. drs. M.E.J. Burm (projectleider)

mw. mr. K. de Kruijf

mw. M.J.L. van Rossum-Elfferich

**Algemene Rekenkamer**

Lange Voorhout 8

Postbus 20015

2500 EA Den Haag

telefoon (070) 342 43 00

[www.rekenkamer.nl](http://www.rekenkamer.nl)

**Fotografie**

Felix Falkman / Hollandse Hoogte

**Graphics**

Joris Fiselier Infographics

**Ontwerp**

Corps Ontwerpers, Den Haag

**Drukwerk omslag**

OBT bv, Den Haag

Den Haag, november 2010