



**Universiteit Twente**  
*de ondernemende universiteit*

## Financiering ketenzorg COPD

Knelpunten en belemmeringen

Afstudeerscriptie voor de opleiding  
Master of Public Management  
Faculteit Management en Bestuur  
Universiteit Twente

Auteur: Jan Evers  
Datum: 22 januari 2010

## Voorwoord

De afgelopen twee-en-een-half jaar heb ik met veel plezier de studie Master of Public Management gevolgd. Het mogen volgen van een studie is op zich al een voorrecht (met dank aan mijn werkgever, de Universiteit Twente), maar dat geldt helemaal als dat kan met de inspirerende groep medestudenten die ik heb meegemaakt. De inhoud van de colleges en de fantastische studiegroep maakten de collegedagen op vrijdag in Utrecht tot een groot genoegen.

De laatste uitdaging van de MPM-studie is het schrijven van de afstudeerscriptie. Een onderdeel van die uitdaging is het vinden van een toepassingsgebied voor je onderzoek. Ooit afgestudeerd als bio-informaticus bij de UT, faculteit elektrotechniek, heb ik nog steeds affiniteit met de gezondheidszorg. Ik heb dan ook met veel enthousiasme mijn scriptieonderwerp "financiering van de ketenzorg COPD" op het terrein van de gezondheidszorg aangepakt. Met dit onderwerp kon ik mijn verse bestuurskundige kennis toepassen in een werkveld dat me na aan het hart ligt. De vele interviews die ik "in het veld" heb gehouden, waren dan ook een feest der herkenning.

Voor het begeleiden bij de uitvoering van mijn afstudeerscriptie wil ik in de eerste plaats Miriam Vollenbroek-Hutten en Hermie Hermens bedanken. Miriam en Hermie zijn deeltijdhoogleraar bij de faculteit EWI van de Universiteit Twente en staan tevens volop in de toepassingswereld via hun werk als clustermanager bij Roessingh Research & Development. Miriam, bedankt voor de inhoudelijke opmerkingen en de aanwijzingen die me hielpen mijn scriptie van een goede wetenschappelijke structuur te voorzien. Hermie, bedankt voor je reacties op tussenversies van mijn scriptie en het leggen van een aantal waardevolle contacten in het veld.

Margreet Michel, Monique Nijkamp en Renie Heerbaart van IZIT wil ik bedanken voor hun commentaar op een tussenversie van mijn scriptie. Guus van Montfort (UT, faculteit Management en Bestuur) ben ik dank verschuldigd voor het toetsen van mijn scriptie op aspecten betreffende financiering van de zorg.

Alle geïnterviewden wil ik bedanken voor hun kostbare tijd om mijn vragen te beantwoorden. Hun inbreng was onmisbaar om de beleidsnotities te kunnen toetsen aan de weerbarstige praktijk. Opvallend en motiverend was de vaak grote gedrevenheid van de zorgprofessionals om het beste voor hun patiënten te bereiken.

Last but not least een woord van dank voor mijn partner Jeannette, zowel voor haar mentale als fysieke steun bij het volbrengen van de MPM-studie. De tijd en energie die ik aan mijn studie besteedde ging nog wel eens ten koste van aandacht voor gezinsangelegenheden en huishoudelijke werkzaamheden.

Jan Evers

Enschede, januari 2010

## Samenvatting

De Engelse afkorting COPD staat voor Chronic Obstructive Pulmonary Diseases (chronische obstructieve longaandoeningen). COPD is de verzamelnaam voor chronische bronchitis en longemfyseem, beide aandoeningen van de longen en luchtwegen. COPD is een chronische ziekte, die niet te genezen is. In Nederland heeft 2% van alle mensen COPD, meer dan 320.000 patiënten. COPD is in ons land straks de derde doodsoorzaak na hart- en vaatziekten en kanker.

Er zijn veel zorgverleners betrokken bij het zorgproces voor een COPD-patiënt: huisarts, fysiotherapeut, diëtist, longarts, revalidatiearts, praktijkondersteuner en longverpleegkundige. Door de zorgverlening in een keten te organiseren (van huisarts tot specialist) is de verwachting dat er effectievere (gezondheidswinst) en efficiëntere (doelmatigheidswinst) zorg geleverd kan worden (VWS, 2008).

De huidige bekostiging van de COPD-zorg is versnipperd voor de diverse zorgverleners en zorghandelingen. Deze versnipperde wijze van financieren is niet bevorderlijk voor een geïntegreerde samenhangende ketenzorg, omdat er geen prikkel tot samenwerken vanuit gaat. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft besloten per 1 januari 2010 functionele bekostiging in de vorm van keten-dbc's in te voeren voor vier zorgketens: diabetes, COPD, CVR (Cardio Vasculair Risicomanagement) en hartfalen (VWS, 2009). Een DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) is gebaseerd op de diagnose die bij een patiënt wordt gesteld en betreft het geheel van zorghandelingen en daarmee samenhangende kosten die voor de behandeling van het ziektebeeld nodig zijn. Met de invoering van functionele bekostiging en keten-dbc's beoogt de minister zorgverzekeraars de mogelijkheid te bieden één contractant te hebben die verantwoordelijk is voor het leveren van de ketenzorg. Veel aspecten rond de invoering van keten-dbc's moeten nog uitgewerkt en opgelost worden.

De *onderzoeksvraag* in deze scriptie is dan ook: Hoe kan de financiering van ketenzorg COPD het best ingericht worden, met als doel een optimale zorgverlening aan COPD-patiënten, rekening houdend met de belangen van de diverse partijen?

Met als *beoogd resultaat*: 1. Analyse van de problematiek rond de financiering van de voor COPD gewenste ketenzorg, en 2. Advies over een mogelijke oplossing(srichting) van de geschetste problematiek.

Voor het schrijven van deze scriptie zijn twee *onderzoeksmethoden* ingezet: *literatuuronderzoek* en *interviews*. Literatuuronderzoek is uitgevoerd om de gewenste ketenzorg voor COPD in kaart te brengen. Interviews met bij de invulling van de COPD-ketenzorg betrokken professionals zijn gevoerd om de financieringssystematiek gerelateerde belemmeringen bij de realisatie van de gewenste ketenzorg COPD te inventariseren.

In december 2008 neemt de minister van VWS zich met een brief aan de Tweede Kamer voor om over te gaan tot functionele bekostiging voor vier chronische ziekten (diabetes, COPD, cardiovasculair risicomanagement (CVR) en hartfalen) (VWS, december 2008). Op verzoek van de minister van VWS formuleert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de volgende *visie* (NZa, april 2009):

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

Daartoe moet aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan:

- aanwezigheid van een door eerste- en tweedelijns zorgaanbieders geaccepteerde en door patiëntenverenigingen gelegitimeerde *zorgstandaard*.
- *verlagen toetredingsdrempels*, om te stimuleren dat ook andere zorgaanbieders dan huisartsen de rol van regisseur op zich kunnen gaan nemen. Dit kan bijvoorbeeld doordat geen verwijzing nodig is binnen de eerste lijn, of het loslaten van verplichte inschrijving bij een huisarts.
- verhogen *transparantie* voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten. Vergelijking van prijs/kwaliteitverhouding moet mogelijk gemaakt worden met goede prestatie-indicatoren
- *verbeteren positie patiënt*. Bijvoorbeeld door klanttevredenheid op te nemen als onderdeel van de prestatie.

In juli 2009 informeert de minister van VWS de tweede kamer over de invoering per 1 januari 2010 van keten-dbc's voor vier chronische aandoeningen COPD, diabetes, hartfalen en CVR (Cardio Vasculair Risicomanagement) (VWS, juli 2009). Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn niet verplicht om gebruik te maken van de mogelijkheid om keten-dbc's te contracteren.

Een belangrijke rol wordt toegekend aan een door het veld geaccepteerde *zorgstandaard*. Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden (onderdeel van ZonMW) ontwikkelt daarom in 2009 in opdracht van de minister van VWS een gemeenschappelijk raamwerk voor de zorgstandaard. Een zorgstandaard bestaat modelmatig uit de volgende componenten: een ziektespecifieke module, een aantal generieke modules, organisatiestructuur van het zorgproces, relevante prestatie-indicatoren.

De LAN (Long Alliantie Nederland) ontwikkelt momenteel de zorgstandaard COPD op basis van de door het Coördinatieplatform Zorgstandaarden ontwikkelde standaard zorgstandaard. Begin 2010 is een eerste versie gereed.

De zorgstandaard vormt de onderlegger voor de kostprijsberekening van de keten-dbc COPD. In zogenaamde minutenschema's wordt per zorgprofiel vastgelegd welke zorgverlener gemiddeld hoeveel minuten per zorghandeling besteedt. Gemiddeld besteedde tijd maal uurtarief moet dan leiden tot een prijsafpraak tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. In de kostprijs van de keten-dbc moet ook een component overheadkosten verdisconteerd worden.

Prestatie-indicatoren zijn een belangrijke component in de zorgstandaard, enerzijds voor verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg, anderzijds voor het leveren van verantwoordingsinformatie (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2009). Er is echter nog geen eenduidige set prestatie-indicatoren vastgesteld. Ook is nog niet duidelijk hoe de prestatie-indicatoren gehanteerd zullen worden.

In de *interviews* lag de nadruk op het benoemen van de financieringssystematiek gerelateerde knelpunten en –oplossingsrichtingen, uitgaande van de invoering van ketenzorg met keten-dbc's. Op basis van de interviews en de bevindingen uit de literatuur worden negen *aanbevelingen* gedaan, gegroepeerd naar drie invalshoeken: kwaliteit van de zorg, organisatie van de zorg, financiering van de zorg.

#### *Kwaliteit van de zorg*

1. De beschikbaarheid van een geaccepteerde zorgstandaard is een belangrijke randvoorwaarde voor de invoering van keten-dbc's. LAN werkt aan een brede zorgstandaard voor COPD. Zodra die zorgstandaard beschikbaar is, dienen de huidige tijdelijke contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders aangepast te worden aan de zorgstandaard.
2. Neem de zorgelementen die in de (breed geaccepteerde) zorgstandaard opgenomen zijn op in de vergoeding vanuit de basisverzekering.

3. Sta ter bevordering van de therapietrouw in de vergoedingssystematiek toe dat de arts de mogelijkheid heeft om de patiënt die medicatie voor te schrijven waaraan de patiënt gewend is.

#### *Organisatie van de zorg*

4. Ketenzorg wordt meestal aangeboden door zorggroepen. Voor een goede inrichting van de ketenzorg moeten alle bij de ketenzorg betrokken zorgverleners evenredig vertegenwoordigd zijn in het bestuur van de zorggroep. Dit bestuur dient de bevoegdheden en middelen te hebben om als hoofdcontractant de onderhandelingen met de zorgverzekeraar te voeren.
5. Door de scheiding tussen ziekenhuis-dbc's en keten-dbc's is er het risico van concurrentie tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn. Organiseer bestuurlijke macht over de integrale ketenzorg van 1<sup>e</sup> én 2<sup>e</sup> lijn.

#### *Financiering van de zorg*

6. Voer geen prestatiebekostiging met keten-dbc's in. Stimuleer de ontwikkeling van een breed geaccepteerde zorgstandaard en ondersteun de daarop gebaseerde samenwerkingsverbanden (zorgketens) met beperkt extra financiële middelen. Alternatief: bestuurlijke macht over ketenzorg in 1<sup>e</sup> én 2<sup>e</sup> lijn.
7. Er zit overlap in de zorgketens voor de verschillende chronische ziekten. Pas een procentuele vergoeding toe voor het overlappende deel in de parallelle ketens, maar maximaal 100%.
8. Vergroot het financiële risico voor verzekeraars in de 2<sup>e</sup> lijn door het B-segment in de 2<sup>e</sup> lijnzorg te vergroten. Voeg COPD-dbc's toe aan het B-segment.
9. Stel duidelijke, eenduidige regels op voor de componenten die meegenomen mogen worden in de overheadkosten als onderdeel van de prijs voor een keten-dbc. Daardoor is concurrentie op prijs mogelijk, en niet op welke componenten wel of niet meegefinancierd moeten worden.
10. Naast het vaststellen van de prestatie-indicatoren zal er door de NZa aangegeven moeten worden hoe de prestatie-indicatoren ingezet zullen worden voor het sturen in de ketenzorg: alleen voor transparantie in de zorg of ook voor bonus/malus effecten in de prijsvaststelling van een keten-dbc?

Terugkomend op de onderzoeksvraag ("Hoe kan de financiering van ketenzorg COPD het best ingericht worden, met als doel een optimale zorgverlening aan COPD-patiënten, rekening houdend met de belangen van de diverse partijen?") zijn op basis van het literatuuronderzoek, de interviews en de aanbevelingen de volgende *conclusies* te trekken:

De invoering van keten-dbc's dient heroverwogen te worden. Beperk mogelijk de verdere ontwikkeling van ketenzorg tot inhoudelijke ondersteuning en stimulering. Bij het toch invoeren van keten-dbc's dient in het bijzonder aandacht besteed te worden aan de volgende punten:

- Er dient een eenduidige hoofdcontractant voor de ketenzorg in 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn te zijn, die uitonderhandelde tarieven met de zorgverzekeraar vaststelt. Deze hoofdcontractant dient bijbehorende bevoegdheden te hebben om de ketenzorg in 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn aan te sturen.
- Het is voor ketenzorg van goede kwaliteit gewenst om alle zorg uit de zorgstandaard op te nemen in de basisverzekering.
- Bewaak dat er in de zorggroepen die ketenzorg aanbieden een evenredige vertegenwoordiging is van de betrokken zorgverleners.
- Slecht de schotten tussen de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn. Stimuleer samenwerking, voorkom concurrentie.
- Vergroot de financiële risico's voor zorgverzekeraars in de 2<sup>e</sup> lijn.
- Maak duidelijk hoe prestatie-indicatoren ingezet zullen worden om sturing te geven.

De genoemde aanbevelingen en conclusies zijn niet alleen van toepassing op de COPD ketenzorg, maar ook op andere ketenzorg voor chronische ziekten. Wellicht dat voor de andere chronische ziekten nog extra aanbevelingen en conclusies te vinden zijn.

## Inhoudsopgave

1	Inleiding .....	7
1.1	Wat is COPD? .....	7
1.2	Ketenzorg .....	8
1.3	Financiering .....	9
1.4	Probleemstelling en onderzoeksvragen .....	10
1.5	Leeswijzer .....	10
2	Methodische verantwoording .....	12
2.1	Literatuuronderzoek .....	12
2.2	Interviews .....	12
3	Ketenzorg - van voornemen tot besluit .....	14
3.1	De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging .....	14
3.2	Visiedocument functionele bekostiging vier chronische zorgvormen .....	16
3.3	Voorhangbrief keten-dbc's en huisartsenbekostiging .....	19
4	De standaard zorgstandaard .....	21
5	De zorgstandaard COPD .....	26
6	Kostprijs van de keten-dbc COPD .....	28
6.1.1	Directe kosten .....	28
6.1.2	Overheadkosten .....	30
6.1.3	Kosten van regievoering en budgethouderschap .....	31
6.1.4	Overige kosten .....	31
7	Prestatie-indicatoren .....	32
7.1.1	Beschrijving van prestatie-indicatoren .....	32
7.1.2	Gebruik van prestatie-indicatoren .....	34
7.1.3	Valkuilen van prestatie-indicatoren .....	35
8	Resultaten uit de interviews .....	37
8.1	Kwaliteit van de zorg .....	37
8.2	Organisatie van de zorg .....	38
8.3	Financiering van de zorg .....	39
9	Aanbevelingen .....	41
9.1	Kwaliteit van de zorg .....	41
9.2	Organisatie van de zorg .....	42
9.3	Financiering van de zorg .....	42
10	Conclusie .....	44
	Literatuur .....	45
	<b>Bijlagen</b>	
	Bijlage 1 - Centrale begrippen .....	47
	Bijlage 2 - Spelers rond de ketenzorg .....	50
	Landelijke spelers .....	50
	Twentse spelers ketenzorg COPD .....	52
	Bijlage 3 - Lijst met afkortingen .....	54

# 1 Inleiding

De opleiding Master of Public Management (MPM) is een post-initiële master-opleiding Bestuurskunde verzorgd door de faculteit Management en Bestuur van de Universiteit Twente. De tweejarige MPM-opleiding is bestemd voor managers van overheid- en andere publieke organisaties. MPM bestaat uit de modules Organisatie & Management, Personeel & Management, Financiën & Management, Beleid & Management, Informatiemanagement en Politiek & Management. De opleiding wordt afgesloten met een scriptie, waarin kennis uit de modules toegepast kan worden op een theoretisch dan wel praktijk onderwerp. Voor de eindsctie van deze opleiding heb ik het onderwerp "Financiering ketenzorg COPD" gekozen. COPD is een chronische longziekte, waaraan meer dan 300.000 Nederlanders lijden.

In de hiernavolgende paragrafen wordt achtereenvolgens ingegaan op de drie samenstellende woorden van het onderwerp van de scriptie. Allereerst wordt beschreven wat de ziekte COPD is. Vervolgens wordt uitgelegd wat ketenzorg is, en waarom ketenzorg relevant is voor COPD. Daarna wordt kort stilgestaan bij de financiering van de ketenzorg voor COPD. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de probleemstelling en onderzoeksvragen van deze scriptie.

Nota bene: zie bijlage 3 voor een lijst met afkortingen.

## 1.1 Wat is COPD?

De Engelse afkorting COPD staat voor Chronic Obstructive Pulmonary Diseases (chronische obstructieve longaandoeningen). COPD is de verzamelnaam voor chronische bronchitis en longemfyseem. Beiden zijn aandoeningen van de longen en luchtwegen. Doordat de luchtwegen niet goed open blijven, wordt het ademen steeds moeilijker. Dit kan leiden tot ernstige beperkingen, variërend van kortademigheid tot en met volledige invaliditeit. Astma valt niet onder de verzamelnaam COPD! (Astma Fonds, 2006)

COPD is een van de chronische ziekten. Ruim een kwart van de Nederlandse bevolking heeft een of meer chronische ziekten. In totaal telt Nederland daarmee ongeveer 4,5 miljoen chronisch zieken. In 2005 werd in totaal in Nederland € 68,5 miljard aan de gezondheidszorg uitgegeven. Per inwoner gaat het om een bedrag van € 4.200. De kosten voor chronisch zieken (20% van de verzekerden) bevatten een aanzienlijk deel van het totale bedrag dat aan de gezondheidszorg wordt uitgegeven, namelijk 70% van de totale zorgkosten binnen de Zvw. Dit kwam in 2006 neer op € 18.3 miljard. Een deel van deze kosten heeft betrekking op de eerste lijn. Daar bovenop komt nog eens € 23 miljard uit de AWBZ. In totaal wordt 64% van de ziekenhuiskosten voor zorg voor chronisch zieken gemaakt. Voorspelde ontwikkelingen van de kosten van een aantal chronische aandoeningen laten zien dat er een enorme toename in kosten verwacht wordt. (NZa, april 2009)

In Nederland heeft 2% van alle mensen COPD, waarmee het aantal COPD-patiënten op meer dan 320.000 komt. De ziekte komt vooral veel voor bij ouderen (17% van de mensen boven de 80 jaar heeft COPD). COPD is in ons land straks de derde doodsoorzaak na hart- en vaatziekten en kanker. Er komen in Nederland, net zoals in de rest van de wereld, alsmaar mensen met COPD bij. De ziekte wordt in de meeste gevallen veroorzaakt door jarenlang roken. Het ontstaan van COPD gaat geleidelijk, ook ex-rokers kunnen daardoor nog COPD krijgen. Doordat steeds meer mensen zijn gaan roken neemt het aantal mensen met COPD sterk toe. Meer mannen dan vrouwen hebben COPD, maar omdat vrouwen de afgelopen 20 jaar steeds meer zijn gaan roken, neemt nu ook het aantal vrouwen met COPD sterk toe. (Astma Fonds, 2006)

Mensen met COPD maken verschillende stadia door waarin zij steeds ernstiger ziek worden. Mensen doorlopen echter niet noodzakelijk alle COPD stadia: stoppen met roken stopt progressie vrijwel volledig. Het classificeren van deze stadia gebeurt op basis van meting van de longfunctie (spirometrie). De stadia worden vaak aangeduid volgens de zogenaamde GOLD-richtlijnen. (Stichting Ketenkwaliteit COPD, 2009)

GOLD is de afkorting voor Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease ([www.goldcopd.com](http://www.goldcopd.com)). De GOLD indeling is als volgt: GOLD 1 – licht COPD, GOLD 2 – matig COPD, GOLD 3 – ernstig COPD en GOLD 4 – zeer ernstig COPD. Van de mensen met COPD heeft ongeveer 80% licht of matig COPD; de anderen hebben ernstig of zeer ernstig COPD. (Astma Fonds, 2006)

COPD is niet te genezen. Over het algemeen raken de longen in de loop der jaren verder beschadigd. De behandeling is gericht op klachtenvermindering en voorkomen van ergere schade. Een gezonde leefwijze (waaronder niet roken), een positieve instelling, voldoende beweging en in een aantal gevallen zuurstof hebben een positieve invloed op het verloop van de ziekte. Deze zaken maken het mogelijk om met COPD een goed leven te hebben. Infecties leiden tot plotselinge verergering van de ziekte (exacerbatie) en kunnen leiden tot ziekenhuisopname. De griepvaccinatie (influenzavaccinatie) kan luchtweginfecties helpen te voorkomen. (Astma Fonds, 2006)

## 1.2 Ketenzorg

Er zijn veel zorgverleners betrokken bij het zorgproces voor een COPD-patiënt: huisarts, fysiotherapeut, diëtist, longarts, revalidatiearts, praktijkondersteuner, longverpleegkundige. Door de zorgverlening in een keten te organiseren (van huisarts tot specialist) is de verwachting dat er effectievere (gezondheidswinst) en efficiëntere (doelmatigheidswinst) zorg geleverd kan worden (VWS, 2008). De zorg kan dan samenhangend rond de zorgvraag georganiseerd worden. Experimenten met diabeteszorg laten zien dat diabetespatiënten bij goede zorgverlening 50% minder kans op hartfalen, gemiddeld 50% minder amputaties, bijna 20% minder ziekenhuisopnames, 30% minder beroertes en ca. 20% minder kosten hebben dan diabetici zonder adequate behandeling (VWS, 2009).

De definitie van ketenzorg die door het CBO wordt gehanteerd, luidt als volgt: *Een vorm van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, wordt verleend op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen alle zorgverleners, gedurende het gehele traject van diagnose, behandeling en (na)zorg. Bij ketenzorg is sprake van gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden.* (CBO, 2006)

Ketenzorg wordt geleverd door een zorggroep – een organisatie waarin een groep zorgaanbieders zich in een juridische entiteit hebben verenigd om de zorgverlening op het gebied van één of meer (chronische) ziekten te verzorgen. Zij sluiten contracten met zorgverzekeraars om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren. (NZa, 2009)

De te leveren ketenzorg is gebaseerd op een zorgstandaard. Een zorgstandaard stelt de norm voor goede zorg en beschrijft daartoe de inhoud van de zorg, de bijpassende organisatie en de indicatoren van kwaliteit. Daarmee wordt de zorgstandaard een geschikt uitgangspunt voor de aanspraken in verzekerde zorg en voor de onderliggende bekostigingssystematiek (ZonMw, 2009).

In het kader van ketenzorg wordt ook vaak gesproken over disease management. Disease management is een gecoördineerde en ziektebeeldspecifieke aanpak van patiëntenzorg op het operationele niveau, met als doel op de meest efficiënte wijze het best mogelijke resultaat te bereiken (ZN, 1998).



Uit onderzoek is gebleken dat ketenzorg de zorg aan patiënten met complexe ziektebeelden kan verbeteren. De resultaten uit praktijkonderzoek zijn echter wisselend. De algemene consensus is echter dat ketenzorg zorgt voor kwalitatief betere zorg, mede omdat het nog niet duidelijk is wat de optimale organisatievorm is en wat de kritische succesfactoren zijn (CBO, 2006),

Hoewel er wordt gesproken van ketenzorg, is er bij COPD-zorg over het algemeen eerder sprake van netwerkzorg. Het primaire proces bij patiënten met COPD is minder dan bijvoorbeeld CVA-zorg (cerebrovasculair accident, oftewel een beroerte) een proces dat stap-voor-stap door patiënten wordt doorlopen tot en met bijvoorbeeld integratie. Bij COPD is het eerder een beschrijving van stappen die een patiënt kán doorlopen, in een periode van vaak vele jaren. In die periode doorlopen patiënten diverse iteraties van diagnose – behandeling – (na)zorg, voordat er sprake is van een noodzaak tot een reïntegratiebenadering. Tijdig stoppen met roken vertraagt het invaliderend proces aanzienlijk, zodat de patiënt idealiter niet aan de latere fasen van de aandoening toekomen (CBO, 2006).

### **1.3 Financiering**

De ziekenhuizen werken sinds 2005 met de zogenaamde Diagnose Behandeling Combinatie-systematiek (DBC). Een DBC is gebaseerd op de diagnose die bij een patiënt wordt gesteld en betreft het geheel van activiteiten en daarmee samenhangende kosten van ziekenhuis en medisch specialisten die voor de behandeling van het ziektebeeld nodig zijn (Schaepekens, 2002). Het ziekenhuis of de specialist ontvangt een vast bedrag per geopende DBC. Voor revalidatie zijn per 1 januari 2009 revalidatie-DBC's ingevoerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft besloten per 1 januari 2010 functionele bekostiging in de vorm van keten-dbc's in te voeren voor vier zorgketens: diabetes, COPD, CVR (Cardio Vasculair Risicomaangement) en hartfalen (VWS, 2009). Functionele bekostiging is bekostiging op basis van de prestatie, en niet op basis van de zorgaanbieder die de prestatie levert. Het gaat niet om 'wie' maar om 'wat' wordt bekostigd (NZa 2009). Een keten-dbc is gebaseerd op een ketenzorg-product. Een ketenzorg-product wordt geleverd conform een vastgestelde zorgstandaard door een zorggroep.

De huidige bekostiging van de COPD-zorg is versnipperd voor de diverse zorgverleners en zorghandelingen. Zo worden fysiotherapeuten per zitting betaald, gelden voor longartsen ziekenhuis-dbc's en ontvangen huisartsen een basisbedrag per ingeschrevene met daarnaast een bedrag per consult. Deze versnipperde wijze van financieren is niet bevorderlijk voor een geïntegreerde, samenhangende ketenzorg, omdat er geen prikkel tot samenwerken vanuit gaat.

Met de invoering van functionele bekostiging en keten-dbc's beoogt de minister zorgverzekeraars de mogelijkheid te bieden één contractant te hebben die verantwoordelijk is voor het leveren van de ketenzorg. Het leveren van ketenzorg via contractering van keten-dbc's is per 1 januari 2010 echter nog geen verplichting.

Met de mogelijkheid tot het contracteren van keten-dbc's zijn echter nog lang niet alle financieringsgerelateerde belemmeringen opgelost. Veel aspecten rond de invoering van keten-dbc's moeten nog uitgewerkt en opgelost worden. Op diverse plaatsen in Nederland lopen dan ook pilots met keten-dbc's. Zo start in het najaar van 2009 in Twente een COPD-pilot van Menzis met de zorggroep TOCHT (Tijdelijke Organisatie COPD Huisartsen Twente).

## 1.4 Probleemstelling en onderzoeksvragen

In aansluiting op de geschetste samenhang tussen COPD, ketenzorg en financiering luidt de *onderzoeksvraag* dan ook als volg:

Hoe kan de financiering van ketenzorg COPD het best ingericht worden, met als doel een optimale zorgverlening aan COPD-patiënten, rekening houdend met de belangen van de diverse partijen?

Deelvragen:

- ⇒ De gewenste ketenzorg voor COPD
  - Waarom is ketenzorg met functionele bekostiging gewenst?
  - Hoe ziet de gewenste ketenzorg voor COPD er uit?
  - Hoe is de financiering van de voor COPD gewenste ketenzorg opgezet?
  - Welke partijen zijn betrokken bij de voor COPD gewenste ketenzorg en financiering?
  - Wat is de rol van deze partijen?
  -
- ⇒ Belemmeringen bij de realisatie van de gewenste ketenzorg
  - Welke financieringssysteem-gerelateerde belemmeringen zijn er bij het inrichten en invoeren van de voor COPD gewenste ketenzorg?
  - Wie is de budgethouder bij de uitvoering van de voor COPD gewenste ketenzorg (aangezien er diverse zorgverleners betrokken zijn)?
  - Waar ligt de regie over de voor COPD gewenste ketenzorg?

Beoogd resultaat:

- ⇒ Analyse van de problematiek rond de financiering van de voor COPD gewenste ketenzorg.
- ⇒ Advies over een mogelijke oplossing(srichting) van de geschetste problematiek.

## 1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt een methodische verantwoording gegeven van de twee toegepaste onderzoeksmethoden: literatuuronderzoek en interviews. Vervolgens worden in de hoofdstukken 3 tot en met 8 de resultaten van het literatuuronderzoek en de interviews besproken.

Om antwoord te kunnen geven op de vraag “Waarom is ketenzorg met functionele bekostiging gewenst?” worden in hoofdstuk 3 de beleidsmatige achtergronden onder de loep genomen die geleid hebben tot het besluit van de minister van VWS tot invoering van functionele bekostiging van de ketenzorg per 1 januari 2010.

Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 ingegaan op een belangrijk onderdeel in het model van de functionele bekostiging: de zorgstandaard. Wat is de rol van de zorgstandaard, en welke componenten staan er in? Eerst wordt het algemene model van de zorgstandaard besproken. Vervolgens wordt in hoofdstuk 5 ingezoomd op de zorgstandaard voor COPD. Hiermee wordt de deelvraag beantwoordt hoe de beoogde ketenzorg voor COPD er uit moet zien.

Om de financieringssysteem-gerelateerde belemmeringen rond de ketenzorg goed te kunnen plaatsen wordt in hoofdstuk 6 ingegaan op de financiering van de keten-dbc COPD. Hoe kan de bekostiging van de ketenzorg afgeleid worden van de zorgstandaard? De zorgstandaard is de basis voor inkoop van ketenzorg door de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars sluiten contracten af met één contractant (zorggroep) over levering van de integrale ketenzorg.

In de functionele bekostiging is een belangrijke rol weggelegd voor prestatie-indicatoren. In hoofdstuk 7 wordt daarom ingegaan op literatuur over prestatie-indicatoren, resulterend in een vertaling van valkuilen van het gebruik van prestatie-indicatoren naar de ketenzorg.

In hoofdstuk 8 worden de resultaten uit de interviews besproken. De interviews zijn het belangrijkste instrument geweest om financieringssystematiek gerelateerde knelpunten in beeld te krijgen. Daartoe zijn professionals uit de verschillende disciplines die betrokken zijn bij de ketenzorg COPD geïnterviewd, zoals een zorgmanager bij een verzekeraar, huisarts, fysiotherapeut, longarts, revalidatiearts. De bevindingen uit de interviews zijn gegroepeerd rond een aantal thema's.

## 2 Methodische verantwoording

Voor het schrijven van deze scriptie zijn twee onderzoeksmethoden ingezet: literatuuronderzoek en interviews. Literatuuronderzoek is uitgevoerd om de gewenste ketenzorg voor COPD (en andere chronische ziekten) in kaart te brengen. Interviews zijn gevoerd om de belemmeringen bij de realisatie van de gewenste ketenzorg COPD te inventariseren.

### 2.1 Literatuuronderzoek

In het vakgebied van de bestuurskunde spelen circulaire, brieven, beleidsnota's en (onderzoeks)rapporten van de diverse betrokken organisaties een belangrijke rol. Naast het ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) is op het terrein van de gezondheidszorg nog een groot aantal organisaties betrokken. Deze organisaties zijn soms door de overheid in het leven geroepen met een wettelijk nauw omschreven taakstelling (zoals NZa – de Nederlandse Zorgautoriteit, IGZ – Inspectie voor de Gezondheidszorg, CVZ – College voor Zorgverzekeringen), maar zijn soms ook door betrokkenen in het veld zelf opgericht en hebben een de facto erkende status gekregen (zoals NHG – Nederlands Huisartsen Genootschap, LAN – Long Alliantie Nederland, Zorgbelang Nederland).

Belangrijkste doelstelling van het literatuuronderzoek was om een zo helder mogelijk beeld te krijgen van de gewenste inrichting van de (keten)zorgverlening voor COPD. Een speurtocht naar relevante wetenschappelijke artikelen in de wetenschappelijke tijdschriften leverde maar een enkel relevant resultaat op. Relevante publicaties bleken veel ruimer voor handen te zijn bij de diverse spelers op het terrein van de gezondheidszorg. De websites van de betrokken organisaties vormden een goede bron om deze publicaties te vinden.

### 2.2 Interviews

Door het voeren van interviews met betrokkenen in de zorgketen is getracht zoveel mogelijk financieringssysteem gerelateerde knelpunten (en ook oplossingsrichtingen) in beeld te krijgen. Omdat de in het kader van deze scriptie beschikbare (doorloop)tijd voor het uitvoeren van de interviews beperkt was, is gekozen voor diepte-interviews met zoveel mogelijk verschillende disciplines die betrokken zijn bij de COPD zorgketen. De kenmerken van diepte-interviews zijn: een direct face-to-face contact tussen interviewer en geïnterviewde, langere duur, beperkte structurering van het gesprek (onderwerpenlijst en veel open vragen) en diepgang, die wordt gerealiseerd door het 'doorvragen'. Door het semi-gestructureerde karakter van de interviews kan daar waar nodig doorgevraagd worden om zo breed mogelijk financieringgerelateerde knelpunten benoemd te krijgen.

De geselecteerde te interviewen professionals hebben elk een vooraanstaande rol bij de invulling van de COPD-(keten)zorg in Twente. Velen van hen zijn betrokken bij de in het najaar van 2009 in Twente te starten pilot voor ketenzorg COPD. Deze pilot wordt getrokken door de Stichting TOCHT: Tijdelijke Organisatie COPD Huisartsen Twente. In tegenstelling tot wat de naam suggereert, zijn bij deze pilot ook fysiotherapeuten, longartsen (voor consultatie) en zorgverzekeraar Menzis betrokken. TOCHT is één van de vier pilots voor ketenzorg COPD van Menzis in Nederland.

De volgende set van vragen is als leidraad bij de interviews gehanteerd:

1. Wat is uw rol bij de COPD-zorg in het algemeen en bij de TOCHT-pilot in het bijzonder?
2. Wat is de impact van recente ontwikkeling/beleidsvoornemens op het gebied van de COPD-zorg?
3. Wat zijn relevante prestatie-indicatoren? Wat zou hun rol moeten zijn?
4. Hoe vertalen verzekeraars/ketenzorgaanbieders de zorgstandaard en prestatie-indicatoren?

5. Welke knelpunten zijn er met betrekking tot financiering en regievoering?
6. Wie zou er regie moeten voeren en budgethouder moeten zijn in de keten?
7. Wat is de relatie tussen 1<sup>e</sup> lijn, 2<sup>e</sup> lijn (ziekenhuis) en 3<sup>e</sup> lijn (revalidatie)?
8. Hebt u nog relevante documenten voor mij?
9. Zijn er nog andere personen die ik zou moeten interviewen?

Per interview is deze set van vragen aangepast aan het werkveld van de betrokken professional.

De volgende professionals zijn geïnterviewd:

- een zorgprogrammamanager en zorgcontractant ketenzorg bij Menzis;
- een revalidatiearts bij revalidatiecentrum Roessingh en ziekenhuis MST in Enschede;
- een fysiotherapeut en bewegingswetenschapper; goed ingevoerd in bekostigingssystematiek;
- een kaderhuisarts COPD, nauw betrokken bij de TOCHT-pilot in Twente;
- de projectleider van de TOCHT-pilot vanuit ROSET;
- twee longartsen van MST;
- een fysiotherapeut, nauw betrokken bij de TOCHT-pilot in Twente;
- een staffunctionaris op gebied van samenwerking en ketenzorg van revalidatiecentrum De Trappenberg.

### 3 Ketenzorg - van voornemen tot besluit

In de afgelopen jaren heeft het (beleids)denken over zorg rond chronische ziekten zich gestaag ontwikkeld in de richting van ketenzorg. Steeds duidelijker werd dat voor effectieve zorg deze ingericht moet worden als een keten, waarin de patiënt centraal staat. In de afgelopen twee jaar is er een aantal belangrijke stappen gezet die geleid hebben tot het van start gaan van de invoering van ketenzorg en keten-dbc's per 1 januari 2010. Kort samengevat ziet de chronologie er als volgt uit:

1. De minister van VWS neemt zich met een brief aan de Tweede Kamer voor functionele bekostiging voor vier chronische ziekten (diabetes, COPD, cardiovasculair risicomangement (CVR) en hartfalen) in te voeren. De minister vraagt de NZa de beleidsregels op te stellen voor de invoering van functionele bekostiging (VWS, december 2008).
2. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) concludeert dat de invoering van functionele bekostiging voor chronische aandoeningen in potentie toegevoegde waarde heeft voor de consument mits aan een aantal randvoorwaarden is voldaan (NZa, april 2009).
3. Een belangrijke randvoorwaarde die de NZa stelt is de aanwezigheid van een door eerste- en tweedelijns zorgaanbieders geaccepteerde en door patiëntenverenigingen gelegitimeerde zorgstandaard. Dit betekent volgens de NZa dat alleen voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomangement functionele bekostiging kan worden geïntroduceerd per 1 januari 2010 (NZa, april 2009).
4. De minister van VWS besluit met een brief aan de Tweede Kamer tot invoering van keten DBCs voor vier chronische aandoeningen (COPD, diabetes, hartfalen en CVR (Cardio Vasculair Risicomangement)) per 1 januari 2010 (VWS, 13 juli 2008).
5. Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden (onderdeel van het ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten) werkt in opdracht van VWS een standaard voor zorgstandaarden uit. Een tussentijds rapport verschijnt op 18 augustus 2009. (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2009).
6. De Long Alliantie Nederland (LAN) start in de zomer van 2009 met de ontwikkeling van de zorgstandaard COPD conform het door het Coördinatieplatform Zorgstandaarden gedefinieerde raamwerk voor zorgstandaarden. De LAN streeft er naar om de COPD zorgstandaard gereed te hebben in oktober/november 2009.

De punten 1 tot en met 4 worden in dit hoofdstuk nader onder de loep genomen, waarbij antwoord gegeven wordt op de vraag waarom ketenzorg met functionele bekostiging (keten-dbc's) gewenst is. De punten 5 en 6, over het onderwerp "zorgstandaard", komen in de hoofdstukken 4 en 5 aan de orde.

#### ***3.1 De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging***

(bron: VWS, december 2008)

De redenering op grond waarvan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (verder aangeduid met VWS) tot het voornemen komt om functionele bekostiging in te voeren, is in grote lijnen als volgt:

Mensen met chronische aandoeningen, zoals COPD, hebben vaak levenslang zorg en ondersteuning nodig. Dat vraagt erom dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd, en niet de patiënt rond de zorg. VWS geeft aan de ontwikkelingen zodanig te willen stimuleren dat dit leidt tot kwalitatief betere en betaalbare zorg. De partijen in het veld moeten meer ruimte krijgen om de zorg samenhangend te organiseren rondom de zorgvraag. Functionele bekostiging kan volgens de minister bijdragen aan het realiseren van de gezondheidswinst voor chronisch zieken, maar ook aan de betaalbaarheid van de zorg.

Volgens de RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg) is de ontwikkeling van een goed georganiseerde en geïntegreerde eerste lijn een absolute voorwaarde voor verbeteringen op het terrein van disease management en ketenzorg. De scheiding met de tweede lijn moet daarbij vervagen. De zorg moet worden ingekocht daar waar de beste prijs-/kwaliteitverhouding gerealiseerd kan worden.

Met de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2006 zijn de te verzekeren prestaties functioneel omschreven. Dit betekent dat de wet aangeeft «wat» onder de te verzekeren prestaties valt en onder welke voorwaarden deze geleverd worden (bijvoorbeeld een indicatiestelling). «Wie» de zorg verleent en «waar» de zorg geleverd wordt, laat de wet over aan de veldpartijen. Ook de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is op basis van functies opgesteld. Echter de budgetsystemen zijn nog grotendeels ingericht op de typen zorgaanbieders zoals die waren vastgesteld in de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg). Een manier om de zorginkoopfunctie beter te kunnen ondersteunen en stimuleren is een meer functionele bekostiging in de zorg. Daarbij contracteert één «contractant» de integrale zorg, die zo nodig diensten (consult longarts, fysiotherapie) kan inkopen bij andere aanbieders.

De vervanging van de budgetbekostiging door functionele bekostiging doet recht aan de essentie van de nieuwe zorgverzekeringswet: bevorderen van concurrentie tussen verzekeraars onderling en tussen zorginstellingen onderling.

De zorgverzekeraars betalen ziekenhuizen per ziektegeval een prijs voor de totale zorg die wordt verleend aan de patiënt. In de eerste lijn gelden hoofdzakelijk tarieven per verrichting per beroepsgroep. Deze eerstelijnszorgtarieven zijn niet of nauwelijks gerelateerd aan het type zorgvraag. De huisarts bijvoorbeeld wordt betaald via onder andere een inschrijftarief per ingeschreven patiënt en declareert vervolgens een consulttarief bij elk bezoek van die patiënt, ongeacht het type prestatie dat wordt geleverd.

VWS constateert dat substitutie en samenwerking tussen eerste en tweede lijn lastig zijn als gevolg van de verschillende bekostigingswijzen van dezelfde prestaties.

Dezelfde zorg kan namelijk door verschillende zorgaanbieders op verschillende wijze worden bekostigd. Zo levert in het geval van hartfalen de huisarts de benodigde zorg voor het inschrijf- en consulttarief. De fysiotherapeut levert zorg voor een bedrag per zitting, de diëtist voor een uurtarief. De specialist opent een DBC Hartfalen, terwijl hij de patiënt nog maar twee keer ziet omdat de eerstelijnszorgverleners een groot deel van deze zorg uit handen nemen van de specialist. Dubbele financiering van dezelfde prestatie is dan niet denkbeeldig. De zorgverzekeraar betaalt dan én voor de DBC, ervan uitgaande dat in het ziekenhuis de volledige zorg voor hartfalen wordt geleverd, én voor de zorg die voor die patiënt in de eerste lijn wordt geboden. De prestaties zijn op dit moment nog steeds overwegend gekoppeld aan aanbieders in plaats van aan patiënten.

VWS verwacht dus dat met functionele bekostiging naast gezondheidswinst ook doelmatigheidswinst te behalen is. Met functionele bekostiging kan de zorgverzekeraar de zorg integraal inkopen. Zorgaanbieders worden gestimuleerd om samen te werken in ketens rond de zorgvraag. De eerstelijnszorg wordt hiermee versterkt. De prijs voor de zorgfunctie kunnen zorgverzekeraars en

zorgaanbieders onder andere bepalen aan de hand van de zorgstandaarden. Zorgstandaarden met daaraan verbonden prestatie-indicatoren zijn daarom cruciaal.

De minister van VWS stelt zich dan ook ten doel om per 1 januari 2010 de mogelijkheid te creëren de vier genoemde chronische zorgvormen afzonderlijk te bekostigen, en de daarbij behorende ontwikkeling van zorgstandaarden en prestatie-indicatoren te zullen stimuleren. De minister heeft daarom de NZa verzocht de beleidskaders te formuleren.

### ***3.2 Visiedocument functionele bekostiging vier chronische zorgvormen***

(bron: NZa, april 2009)

De minister van VWS heeft aangegeven aan de NZa een aanwijzing te zullen geven over de nieuwe bekostigingsvorm voor de vier chronische zorgvormen. In reactie hierop heeft de NZa een analyse van functionele bekostiging van deze vier zorgvormen uitgevoerd, op basis van een economische marktanalyse en gesprekken met marktpartijen. In de visie van de NZa staat de vraag centraal of functionele bekostiging per 1 januari 2010 kan worden geïntroduceerd voor zorg voor vier chronische aandoeningen (diabetes, COPD, cardiovasculaire aandoeningen en hartfalen), en onder welke voorwaarden.

#### *Gewenste situatie*

De NZa concludeert op grond van een analyse van de beschikbare stukken dat het Ministerie van VWS, patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de hoofdlijnen van de gewenste situatie eigenlijk niet of nauwelijks met elkaar van mening verschillen.

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

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

Als een prestatie een keten van behandelingen omvat, waar één tarief tegenover staat, moet de ontvanger van dat tarief dit vervolgens verdelen onder de daadwerkelijke behandelaars, volgens afspraken die hij met hen heeft gemaakt. Er is dan sprake van hoofdaannemerschap.

Uitgaande van *de* gewenste situatie beantwoordt de NZa de volgende twee vragen:

1. Wat zijn knelpunten in de bestaande situatie rond de zorg voor chronische aandoeningen?
2. Wat zijn de voor- en nadelen, kansen en risico's van functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg?

#### *Knelpunten in de bestaande situatie rond de zorg voor chronische aandoeningen*

De NZa komt tot de conclusie dat in de huidige situatie de volgende knelpunten bestaan rond de zorg voor chronische aandoeningen (diabetes, COPD, cardiovasculaire aandoeningen en hartfalen):



- suboptimaal gebruik tussen eerste en tweede lijn; zorgverzekeraars hebben een prikkel om zorg zoveel mogelijk in de tweede lijn te hebben, omdat ze bij de eerstelijnszorg volledig risicodragend zijn, terwijl er bij de inkoop van ziekenhuiszorg verevening tussen de zorgverzekeraars plaatsvindt.
- bestaan van ‘verzekeringsschotten’; onderdelen van zorg voor chronische aandoeningen vallen onder de basisverzekering, aanvullende verzekeringen, de AWBZ maar ook de WMO.
- niet-kosteneffectieve bekostiging;
- geen vergoedingen voor onderlinge dienstverlening tussen eerstelijnszorgaanbieders; stel een zorgaanbieder A verleent een dienst aan zorgaanbieder B en die dienst vormt onderdeel van een dienst van zorgaanbieder B aan een patiënt. Zorgaanbieder B mag in dit geval geen compensatie geven aan zorgaanbieder A voor de verleende dienst.
- suboptimale zorginhoudelijke afstemming tussen eerstelijnszorgaanbieders; dat kan zich bijvoorbeeld voordoen bij comorbiditeit.
- dubbele bekostiging; In het geval van comorbiditeit kan op dit moment dezelfde verrichting onder twee aandoeningen worden bekostigd, terwijl in sommige gevallen de verrichting niet twee keer uitgevoerd hoeft te worden. Er kan ook sprake zijn van dubbele bekostiging in de tweede en eerste lijn. Bij het openen van een DBC betalen zorgverzekeraars ziekenhuizen een prijs voor de totale zorg, terwijl de eerste lijn veel meer mogelijkheden heeft dan voorheen.

Bij chronische ziekten wordt een belangrijke rol toegekend aan (primaire, secundaire en tertiaire) preventie. Bekostiging van preventieactiviteiten en van eerstelijns curatieve zorg zijn op dit moment echter nog twee gescheiden werelden.

*Voor- en nadelen, kansen en risico's van functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg*

Volgens de NZa blijkt uit literatuuronderzoek dat gestructureerde samenwerking tussen zorgaanbieders meerwaarde heeft. Deze meerwaarde zit 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.

Per saldo blijkt dat de kosten van de eerstelijnszorg hierdoor stijgen, maar de kosten van zorg in de tweede lijn dalen. Uit huidig onderzoek van VWS en eerder wetenschappelijk onderzoek blijken de besparingen in de tweede lijn groter dan de meerkosten in de eerste lijn. Dit is overigens in tegenspraak met de bevindingen van het CPB (CPB, september 2009):

*Kritische noot van het CPB*

In het rapport "Houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg" (CPB, september 2009) concludeert het CPB dat er brede consensus bestaat dat een geïntegreerde aanpak van de zorg voor de vier niet-complexe chronische aandoeningen (diabetes, COPD, hartfalen en CVR) de kwaliteit van de zorg sterk verbetert. Wel zijn er twijfels of het verplicht voorschrijven van keten-dbc's wel zo nodig is om dit doel te bereiken. De beoogde verbetering van de zorg kan ook door voortzetten van de financiering van de huidige experimenten bereikt worden. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat prestatiebekostiging niet leidt tot een gematigde ontwikkeling van het totaal van de uitgaven in de zorg. Het is zelfs niet helemaal uitgesloten dat prestatiebekostiging per saldo de kosten van zorg zal verhogen. De eerste ervaringen met het (risicodragende) B-segment in de ziekenhuis-dbc's wijzen in die richting. Meer fundamenteel kan de vraag gesteld worden of voor chronische ziekten een vergoeding per verzekerde niet beter zou zijn dan een vergoeding per aandoening.

Substitutie van de tweede naar de eerste lijn kan optreden doordat bepaalde diensten die nu in de tweede lijn uitgevoerd worden verschuiven naar de (goedkopere) eerste lijn, tegen eenzelfde, of in elk geval aanvaardbare, kwaliteit. Indirecte substitutie kan optreden doordat optimale zorg en

preventie in de eerste lijn het aantal patiënten vermindert dat de tweede lijn ingaat. Volgens de NZa blijkt uit onderzoek dat samenwerking door het gebruik van ketens een substitutie-effect van de tweede naar de (goedkopere) eerste lijn optreedt, en dat er een kwaliteitswinst wordt behaald.

Het risico van marktmacht kan zich voordoen bij zorggroepen die zorgprogramma's voor chronische aandoeningen aanbieden. Dit risico kan zich vooral voordoen in gebieden waar huisartsen samenwerken en het initiatief nemen om gezamenlijk geïntegreerde eerstelijnszorg aan te bieden, zoals nu in veel zorggroepen gebeurt. Als er weinig alternatieve partijen zijn waarmee zorgverzekeraars programma's kunnen contracteren, of waarmee zorgaanbieders subcontracten kunnen afsluiten, dan is er een risico van marktmacht.

De NZa zoekt de verklaring voor de dominantie van huisartsen(groepen) in de positie die huisartsen in de Nederlandse zorgsector innemen. Andere aanbieders van eerstelijnszorg en ziekenhuizen zijn in belangrijke mate afhankelijk van verwijzingen door de regionale huisartsen.

### *Visie*

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

Daartoe moet aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan:

- aanwezigheid van een door eerste- en tweedelijns zorgaanbieders geaccepteerde en door patiëntenverenigingen gelegitimeerde *zorgstandaard*.
- *verlagen toetredingsdrempels*, om te stimuleren dat ook andere zorgaanbieders dan huisartsen de rol van regisseur op zich kunnen gaan nemen. Dit kan bijvoorbeeld doordat geen verwijzing nodig is binnen de eerste lijn, of het loslaten van verplichte inschrijving bij een huisarts.
- verhogen *transparantie* voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten. Vergelijking van prijs/kwaliteitverhouding moet mogelijk gemaakt worden met goede prestatie-indicatoren
- *verbeteren positie patiënt*. Bijvoorbeeld door klanttevredenheid op te nemen als onderdeel van de prestatie.

Het verdient de voorkeur functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg alleen daar te bevorderen waar kwaliteit voldoende gewaarborgd is. De NZa adviseert daarom alleen voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomangement functionele bekostiging in te voeren per 1 januari 2010, omdat alleen voor die twee chronische ziekten een geaccepteerde zorgstandaard voor handen is.

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

### *Invulling prestaties*

De volgende stap in de toepassing van functionele bekostiging voor de chronische aandoeningen is het vaststellen van bijbehorende prestaties. De afstemming tussen de verschillende prestatieomschrijvingen en bekostigingssystemen moet dusdanig zijn dat zij geen belemmering oplevert om een patiënt de zorg te leveren die leidt tot een voor hem of haar optimale gezondheidssituatie.

De volgende *aandachtspunten* voor het uitwerken en vaststellen van de prestaties vloeien voort uit de analyse van de NZa:

- De huidige grenzen van de aanspraak in termen van *basisverzekering/aanvullende verzekering* vormen een potentiële belemmering bij het opstellen van prestaties voor de vier chronische zorgvormen. Zo vallen preventieve activiteiten – deels – niet onder de Zvw, terwijl andere delen van de geïntegreerde eerstelijnszorg, zoals fysiotherapie, onder de aanvullende verzekering

vallen. Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn de prestaties dusdanig vast te stellen dat die onderdelen van de zorginspanning die niet onder de basisverzekering vallen als apart pakketje/onderdeel gedeclareerd kunnen worden.

- De huidige grenzen van de aanspraak in termen van huidige *schotten tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn* vormen een potentiële belemmering bij het opstellen van prestaties voor de vier chronische zorgvormen. Uit het oogpunt van betere aansluiting van de zorg en substitutie van tweede naar eerste lijn is een aansluiting of brug naar de tweede lijn noodzakelijk. Praktisch gezien is echter sprake van een afwijkende registratie, declaratie en rol voor de verzekeraar, niet volledig risicodragend in de tweede lijn.
- Kies voor de uitwerking van de prestatie een *tussenvorm van een algemene en een strikt omschreven prestatie*. Een algemene prestatieomschrijving biedt flexibiliteit en ruimte voor innovatie en maatwerk. Een strikt omschreven prestatie daarentegen, kenmerkt zich vooral door grote duidelijkheid en transparantie rond de geleverde zorg.
- Creëer bij het opstellen van de prestaties een heldere *afgrenzing richting generalistische eerstelijnszorg en veel voorkomende comorbiditeiten* (het lijden aan meer stoornissen tegelijkertijd).

### **3.3 Voorhangbrief keten-dbc's en huisartsenbeposking**

(bron: VWS, juli 2009)

In zijn brief van 13 juli 2009 informeert de minster van VWS de tweede kamer over de invoering per 1 januari 2010 van keten-dbc's voor vier chronische aandoeningen COPD, diabetes, hartfalen en CVR (Cardio Vasculair Risicomanagement).

Als beleidsrandvoorwaarde stelt VWS dat de hoofdcontractant van een keten-dbc ook over de competenties dient te beschikken (of deze competenties te hebben gecontracteerd) om basis huisartsgeneeskundige zorg en/of andere keten-dbc's aan te bieden. De hoofdcontractant hoeft deze zorg niet per se zelf aan te bieden – er worden geen verplichte organisatievormen opgelegd. Het is niet automatisch zo dat de zorg in de zorgstandaard tot het verzekerd pakket zou moeten behoren. VWS zal CVZ via een zogenaamde pakketscan in beeld brengen welke zorg niet onder de Zvw valt. Voor diabetes is deze pakketscan al uitgevoerd. De zorg die huisartsen plegen te bieden voor een van deze chronische aandoeningen en via de keten-dbc zal worden gecontracteerd, valt buiten het eigen risico. VWS kondigt aan dat de NZa eind 2011 een monitor zal uitbrengen over de effecten van de introductie van de vier keten-dbc's per 2010.

De NZa stelt in haar visiedocument dat de aanwezigheid van een door eerste- en tweedelijnszorgaanbieders en door patiëntenverenigingen geaccordeerde zorgstandaard vanwege redenen van kwaliteit noodzakelijk is bij de invoering van de vier ketens chronische zorg. De NZa concludeert op basis daarvan dat alleen voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement per 2010 keten-dbc's kunnen worden ingevoerd.

VWS wijkt af van het advies van de NZa, omdat een definitieve zorgstandaard niet de enige manier is om minimumkwaliteit te garanderen. VWS zal er voor zorgen dat er in ieder geval voor COPD op uiterlijk 1 september 2009 een concept zorgstandaard, of een vergelijkbaar document op grond waarvan de betrokken partijen vinden dat verantwoorde contractering van ketenzorg mogelijk is, gereed is.

Over de bepoking van de keten-dbc's stelt VWS:

1. In 2010 kunnen via de keten-dbc de kosten van de zorgprofessionals en de organisatiekosten (inclusief ICT) van de zorg voor die betreffende aandoening worden bepokigd. Dit betekent dat bepoking inclusief de eventuele kosten van de huisarts, praktijkondersteuner huisartsen (POH),

nurse practitioner (NP), verpleegkundig specialist, medisch specialist (consultatie, maar ook bijvoorbeeld oogonderzoek bij diabetes), diëtist en andere professionals is.

2. Geneesmiddelen, diagnostiek en hulpmiddelen vallen nog buiten de keten-dbc bekostiging. Het streven is om in 2011 integratie van farmaceutische kosten, diagnostiek en hulpmiddelen in de ketens te realiseren.
3. De inrichting van de keten verloopt volgens de eigen professionele standaarden en inzichten, met de zorgstandaard als voor alle partijen herkenbaar uitgangspunt.
4. De keten-dbc's hebben een vrije prijs. De tarieven en de prestaties die binnen de keten worden afgesproken, zoals bijvoorbeeld de vergoeding van deelnemende zorgprofessionals, zijn ook vrij. Alleen de kosten voor zorg welke binnen het verzekerde pakket valt kan ten laste van de zorgverzekeringswet worden gebracht.
5. Een keten-dbc mag niet tegelijkertijd open staan met een poliklinische DBC (of enkelvoudige consulten) voor dezelfde aandoening. Voor patiënten bij wie de zorg volgens de zorgstandaarden/richtlijnen zodanig complex is dat medisch-specialistische regievoering noodzakelijk is, zal de keten-dbc gesloten worden en de patiënt naar de medisch-specialistische zorg worden verwezen.
6. In het geval van comorbiditeit zal de prijs van de 'tweede' (of zelfs derde) keten-dbc vanwege de overlap in werkzaamheden en benodigde infrastructuur naar verwachting fors minder zijn dan de eerste DBC. De verwachting is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hier integrale afspraken over maken.

Over prestatie-*indicatoren* en financiering stelt VWS:

1. De zorgstandaarden geven het kader aan op basis waarvan prestatie-indicatoren worden geformuleerd.
2. Het registreren van de voor de prestatie-indicatoren Minimale Data Set (MDS) wordt door de NZa in een nadere maatregel omschreven. Daarbij maakt de NZa gebruik van de bevindingen van Zichtbare Zorg.
3. Zichtbare Zorg spant zich in om in de zomer van 2009 een Minimale Data Set vast te stellen die zo goed mogelijk aansluit bij de huidige registraties en primaire processen van huidige ketenaanbieders en al gevalideerde indicatoren.
4. Onder regie van Zichtbare Zorg wordt in 2010 een volledige set prestatie-indicatoren met bijbehorende Minimale Data Set opgeleverd.
5. Zichtbare Zorg is verantwoordelijk voor de Minimale Data Set, prestatie-indicatoren, database en afspraken rond toegankelijkheid van de gegevens. Prestaties dienen op ketenaanbiederniveau publiek toegankelijk te zijn.

Noch zorgverzekeraars, noch aanbieders zijn verplicht om vanaf 1/1/2010 gebruik te maken van de mogelijkheid om keten-dbc's te contracteren.

Huisartsen die zelf niet betrokken zijn bij COPD en Diabetes ketens, en die wel zelf zorg dragen voor deze categorie patiënten, kunnen voor een overgangperiode van twee jaar (2010 en 2011) een vaste opslag krijgen op het basiszorg inschrijftarief.

Het voornemen is om deze component vanaf 2012 te laten vervallen en dat de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen die via keten-dbc's bekostigd worden alleen nog maar via deze keten-dbc's te ontvangen is.

## 4 De standaard zorgstandaard

(bron: Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2009)

De NZa en VWS stellen dat de aanwezigheid van een door eerste- en tweedelijnszorgaanbieders en door patiëntenverenigingen geaccordeerde zorgstandaard een noodzakelijke randvoorwaarde is bij de invoering van de vier ketens voor chronische zorg. Onder andere omdat er de nodige overlap in de diverse zorgketens zit (bijvoorbeeld stoppen met roken, bewegen, voeding), is het wenselijk om een gemeenschappelijk raamwerk te hebben voor zorgstandaarden.

In opdracht van de minister van VWS heeft ZonMw eind 2008 het Coördinatieplatform Zorgstandaarden ingesteld. De opdracht voor het Coördinatieplatform Zorgstandaarden is het ontwikkelen van een gemeenschappelijk raamwerk voor huidige en toekomstige zorgstandaarden. Dit raamwerk – en daarmee de zorgstandaarden – gaat dwars door de schotten heen, aldus de minister. Voor de bekostiging kunnen dus meerdere financieringsbronnen (ZVW, AWBZ, WMO, wet PG, privaat) worden ingezet. Op 18 augustus 2009 verschijnt het tussenrapport van het coördinatieplatform. Het definitieve rapport wordt begin 2010 verwacht.

Het raamwerk moet, naast inhoud en proces, ook vereisten voor de implementatie bevatten die nodig zijn om (i) de samenhang tussen zorgstandaarden te bevorderen, (ii) contractering en bekostiging van zorgstandaarden mogelijk te maken, en (iii) prestatie-indicatoren, EPD etc. mogelijk te maken (via vastlegging en uitwisseling van proces- en kwaliteitsparameters).

Het is daarom van belang dat het coördinatieplatform aansluiting zoekt bij het Programma Zichtbare Zorg (ZiZo), verantwoordelijk voor de ontwikkeling van prestatie-indicatoren. ZiZo heeft ZonMw verzocht dat het coördinatieplatform optreedt als adviescommissie voor ZiZo bij de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor chronische zorg en geassocieerde vraagpunten. ZonMw heeft hiermee ingestemd.

Een *zorgstandaard* voor een *chronische* aandoening:

- omvat het *complete zorgcontinuüm*; vroegtijdige onderkenning en preventie, diagnose, behandeling, monitoren van het beloop, begeleiding en ondersteuning, revalidatie, re-integratie en bevordering van maatschappelijke participatie, en laatste levensfase en palliatie;
- geeft een *functionele beschrijving* van de activiteiten, dus beschrijft wat er gebeurt maar niet wie (welke beroepsbeoefenaar, zorgverlener) dat doet of waar dat gebeurt;
- geeft adequate *prestatie-indicatoren* voor de uitvoering van het zorgproces, voor de uitkomst van de zorg, en voor de eisen te stellen aan de organisatiestructuur van de zorgketen;
- is richtinggevend voor de *aanspraken en de bekostiging* van de betreffende zorg.

Het coördinatieplatform komt daarom tot de volgende *definitie van een zorgstandaard*:

Een zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie, zorg en ondersteuning bij zelfmanagement voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante prestatie-indicatoren.

Een *zorgstandaard* voor een bepaalde chronische ziekte bestaat modelmatig uit de volgende *componenten*:

- een *ziektespecifieke module*; daarin worden de ziektespecifieke componenten van preventie en zorg beschreven;
- een aantal *generieke modules*, passend bij de betreffende chronische ziekte; deze zijn voor meerdere chronische ziekten relevant;
- een hoofdstuk over de *organisatiestructuur* van het zorgproces;
- een hoofdstuk over de relevante *prestatie-indicatoren*.

#### *Ziektespecifieke module*

In de ziektegeschiedenis van een individu met een chronische ziekte zijn de volgende vier fasen te onderscheiden:

1. vroege onderkenning en preventie;
2. diagnostiek van de betreffende chronische ziekte;
3. opmaken van het individuele zorgplan en instellen van de behandeling;
4. begeleiding, revalidatie, arbeidsre-integratie, maatschappelijke participatie en relapspreventie.

Gezien vanuit de patiënt zouden de vier fasen als volgt kunnen worden aangeduid: ‘je hebt een verhoogde kans iets te krijgen’ (geïndiceerde preventie), ‘je krijgt wat’ (diagnostiek), ‘je hebt wat’ (zorgplan en behandeling), en ‘je moet ermee leren leven’ (begeleiding, revalidatie, etcetera).

Een vijfde fase, ‘laatste levensfase en palliatieve zorg’, is niet bij de ziektespecifieke modules ondergebracht. In deze fase van het zorgcontinuüm overweegt de generieke component in verhouding tot de ziektespecifieke, wordt aanbevolen een generieke module in te richten voor ‘laatste levensfase en palliatieve zorg’

Binnen een module moet onderscheid worden gemaakt tussen de fasen, omdat de zorgvraag, en dus de inhoud van het zorgproces, per fase verschilt. De indeling van een ziektespecifieke module in vier fasen (submodules) maakt het mogelijk alle chronische ziekten in het model te accommoderen en de ziektespecifieke zorgstandaarden voor de verschillende chronische aandoeningen alle volgens hetzelfde algemeen toepasbare model in te richten. Maar het model is een statische weergave van een dynamische werkelijkheid. De eerste en tweede fase (geïndiceerde preventie en diagnostiek) zijn doorgaans helder van elkaar gescheiden. Bij COPD kunnen zich in de vierde fase allerlei bewegingen voordoen, zoals exacerbaties of verandering van stadium van ernst van ziekte. Dat kan betekenen dat een nieuw of aangepast individueel zorgplan moet worden opgesteld met bijpassende behandeling. Tussen de derde en vierde fase kan in de praktijk dus een wisselwerking bestaan.

Elke *submodule* in de ziektespecifieke module (en elke *generieke module*) bevat tenminste de volgende onderdelen:

1. *indicatie* (in/exclusiecriteria); op welke cliënten / patiënten is deze (sub)module van toepassing?
2. *behandeling*; (geïndiceerde preventie en zorg); welk advies / behandeling / interventie / ondersteuning / begeleiding bevat deze submodule?
3. *verantwoordingsinformatie*; wat zijn de gegevens (data) die in deze submodule elektronisch moeten worden vastgelegd (minimale dataset, MDS).

De vast te leggen verantwoordingsinformatie is vereist voor de berekening en/of bepaling van prestatie-indicatoren. Enerzijds door de zorgverleners zelf, als reflectie op het resultaat van eigen handelen, anderzijds door de zorgverzekeraar als contractpartner en door de IGZ als toezichthouder. De minimale datasets van elke submodule vormen samen de minimale dataset (MDS) van de betreffende ziektespecifieke module.

*Generieke module*

Generieke modules van een zorgstandaard beschrijven aspecten van zorgverlening die voor meerdere chronische ziekten relevant zijn. Voorbeelden van generieke modules zijn voorlichting en educatie, bewegen, voeding en dieet, stoppen met roken, laatste levensfase en palliatieve zorg. Binnen een generieke module wordt geen onderscheid gemaakt tussen de fasen van het zorgcontinuüm, want generieke zorgvragen verschillen niet duidelijk per fase. De aandacht voor het bevorderen van zelfmanagement geldt voor alle trajecten bij de zorg aan chronisch zieken, in het bijzonder bij de trajecten die door de generieke modules worden gedekt.

Generieke aspecten van de zorg voor mensen met een chronische aandoening hebben ook ziektespecifieke componenten. 'Stoppen met roken' heeft een bijzondere lading bij COPD, die verschilt van die bij andere chronische aandoeningen.

Elke generieke module bevat (net als de submodules van de ziektespecifieke modules) tenminste de onderdelen indicatie, behandeling en verantwoordingsinformatie. Daarnaast kunnen aan elke generieke module ziektespecifieke componenten worden toegevoegd.

*Organisatiestructuur*

Elke zorgstandaard bevat een apart hoofdstuk met de beschrijving van de organisatiestructuur van het betreffende zorgproces. De organisatiestructuur ondersteunt een multidisciplinair zorgproces, doorgaans aangeduid als ketenzorg. Er is dus sprake van een ketenorganisatie.

Het hoofdstuk over de *organisatiestructuur* van het zorgproces bevat tenminste vier vaste onderdelen:

- zorgstandaard-afhankelijke kenmerken; beschrijving van de aspecten van de ketenorganisatie die speciaal op de betreffende zorgstandaard van toepassing zijn; voorbeeld voor COPD is de wijze waarop spirometrie uitgevoerd wordt (in ziekenhuis of huisartsenlab);
- algemene (zorgstandaard-onafhankelijke) kenmerken; beschrijving van de aspecten van de ketenorganisatie die algemeen, dus in principe voor alle chronische ziekten, van toepassing zijn; voorbeelden zijn individueel zorgplan, elektronisch patiëntendossier, samenwerkingsafspraken;
- kwaliteitsbeleid; beschrijving van de beleidscyclus voor de kwaliteitsbewaking en -bevordering;
- verantwoordingsinformatie (minimale dataset, MDS).

De zorgstandaard-onafhankelijke kenmerken worden geacht voor alle zorgstandaarden gelijk te zijn, dus vergaande afstemming tussen zorgstandaarden is geboden.

*Prestatie-indicatoren*

De prestatie-indicatoren worden berekend en/of bepaald op basis van de gegevens die door de zorgverleners worden vastgelegd als de minimale datasets (MDS) in de ziektespecifieke modules, in de generieke modules, en in de beschrijving van de organisatiestructuur van de ketenzorg.

Prestatie-indicatoren hebben een belangrijke functie bij het kwaliteitsbeleid van zorgverleners (multidisciplinaire ketenorganisaties). Bovendien zijn zij vereist voor de verantwoordingsinformatie die moet worden aangeleverd aan de zorgverzekeraar als contractpartner en aan de IGZ als toezichthouder.

De prestatie-indicatoren worden berekend en/of bepaald op basis van de gegevens die door de zorgverleners worden vastgelegd als de minimale datasets (MDS) in de ziektespecifieke modules, in de generieke modules, en in de beschrijving van de organisatiestructuur van de ketenzorg. Het is van belang dat deze gegevens elektronisch worden vastgelegd op een gestandaardiseerde wijze. Nictiz is verantwoordelijk voor het opstellen van de noodzakelijke standaarden.

Prestatie-indicatoren worden onderverdeeld in procesindicatoren (weerspiegelen de uitvoering van het individuele zorgproces, zowel ziektespecifiek als generiek), uitkomstindicatoren (weerspiegelen de uitkomst van het individuele zorgproces, zowel ziektespecifiek als generiek), en structuurindicatoren (weerspiegelen de kwaliteit van de ketenorganisatie).

Het hoofdstuk over *prestatie-indicatoren* heeft in elk geval de volgende drie onderdelen:

- *procesindicatoren*; weerspiegelen de uitvoering van het individuele zorgproces, zowel ziektespecifiek als generiek;
- *uitkomstindicatoren*; weerspiegelen de uitkomst van het individuele zorgproces, zowel ziektespecifiek als generiek
- *structuurindicatoren*; betreffen de organisatiestructuur; weerspiegelen de kwaliteit van de ketenorganisatie.

Van elk van de indicatoren moet bovendien worden aangegeven hoe ze worden berekend en/of bepaald.

Het is nog onduidelijk bij wie de verantwoordelijkheid ligt voor het opstellen van de verschillende soorten prestatie-indicatoren in een bepaalde zorgstandaard. Het ligt voor de hand dat prestatie-indicatoren voor ziektespecifieke modules (proces- en uitkomstindicatoren) worden beschreven door de opstellers van de betreffende zorgstandaard. Maar voor de prestatie-indicatoren (proces- en uitkomstindicatoren) voor generieke modules ligt dat vermoedelijk anders, want eenzelfde generieke module kan deel uitmaken van verschillende zorgstandaarden, en de bijbehorende prestatie-indicatoren moeten in elk van die zorgstandaarden gelijk zijn. Een soortgelijke opmerking valt te maken over de structuurindicatoren, die zowel zorgstandaard-afhankelijke als zorgstandaard-onafhankelijke kenmerken hebben.

#### *Toepassing van zorgstandaarden*

Het voornaamste doel van zorgstandaarden is het bevorderen van optimale zorg voor mensen met een chronische ziekte. De gemotiveerde inzet van de zorgverleners is van cruciaal belang voor de feitelijke toepassing van zorgstandaarden. Een andere belangrijke factor is dat de zorgstandaarden actief worden gehanteerd bij de inkoop van ketenzorg en ketencontractering. De volgende overwegingen zijn daarbij van belang:

- Er zijn beleidsregels van de NZa vereist, waarin de prestaties op basis van zorgstandaarden worden benoemd.
- Inkoop van ketenzorg vindt in principe plaats op basis van een complete zorgstandaard waarvoor een integrale prijs wordt overeengekomen.
- De in te kopen zorg moet worden afgestemd op het profiel van de betreffende patiëntenpopulatie (case-mix).
- De integrale prijs voor een keten-DBC is afgestemd op het verwachte gebruik van de verschillende onderdelen van de zorgstandaard en dus op gemiddelden van naar verwachting toe te passen onderdelen berekend over de patiëntenpopulatie waarvoor zorg wordt ingekocht
- Bij co- of multimorbiditeit lijdt één individu aan twee (of meer) los van elkaar staande chronische aandoeningen. De modulaire opbouw van zorgstandaarden maakt het mogelijk om bij multimorbiditeit tot goede afspraken voor de zorginkoop te komen en gericht in te kopen op basis van de reële behoefte.

#### *Annexen bij de zorgstandaard*

Voor de feitelijke toepassing van de zorgstandaarden is een aantal regelingen en afspraken vereist. Verschillende instanties zijn daarvoor verantwoordelijk: VWS, NZa, zorgverzekeraars in overleg met orgaanbieders, IGZ-ZiZo, Nictiz. Deze regelingen kunnen als 'annexen' aan een zorgstandaard worden toegevoegd.



Mogelijke annexen en (tussen haakjes) de verantwoordelijke instantie(s) zijn:

- beleidsregels (NZa, op basis van de aanwijzing door VWS);
- declaratieregels (NZa);
- uitvoeringsaspecten van de ketencontractering op basis van zorgstandaarden (zorgverzekeraars in overleg met zorgaanbieders);
- bestuurlijke ophanging; betreft o.a. het beheer van zorgstandaarden (voorstel VWS);
- minimale datasets (MDS) (IGZ-ZiZo);
- e-health specificaties (Nictiz en de beheerder van de betreffende zorgstandaard);
- administratieve organisatie (op te stellen door accountants en vast te stellen door NZa).

#### *Openstaande kwesties*

Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden geeft aan dat er nog een aantal openstaande kwesties is. Genoemd worden:

- Bij welke instantie ligt het initiatief om te komen tot een zorgstandaard?
- Welke instantie is verantwoordelijk voor het onderhoud (actualisering, completering) van een zorgstandaard?
- Waar ligt de verantwoordelijkheid voor het opstellen van generieke modules?
- Waar ligt de verantwoordelijkheid voor bepaalde onderdelen van een zorgstandaard en elementen daarvan, zoals de beschrijving van de zorgstandaard-onafhankelijke kenmerken van de organisatiestructuur en het opstellen van de verschillende soorten prestatie-indicatoren?
- Wat is de correcte procedure voor de autorisatie van een zorgstandaard?
- Welke instantie draagt de kosten voor het ontwikkelen en onderhouden van een zorgstandaard?
- Hoe en door welke instantie(s) worden overlap en eventuele tegenstrijdigheden tussen zorgstandaarden onderling en tussen zorgstandaarden en richtlijnen geconstateerd, en wat zijn daarvan de gevolgen?
- De problematiek rond co- en multimorbiditeit, en meer in het algemeen de problematiek rond complexe zorg bij mensen met een chronische ziekte.

Deze en andere openstaande kwesties zullen aan de orde komen in een eventuele vervolgrapportage of in het eindrapport. Antwoorden op deze kwesties zijn uiterst noodzakelijk om te komen tot een goede invoering van zorgstandaarden.

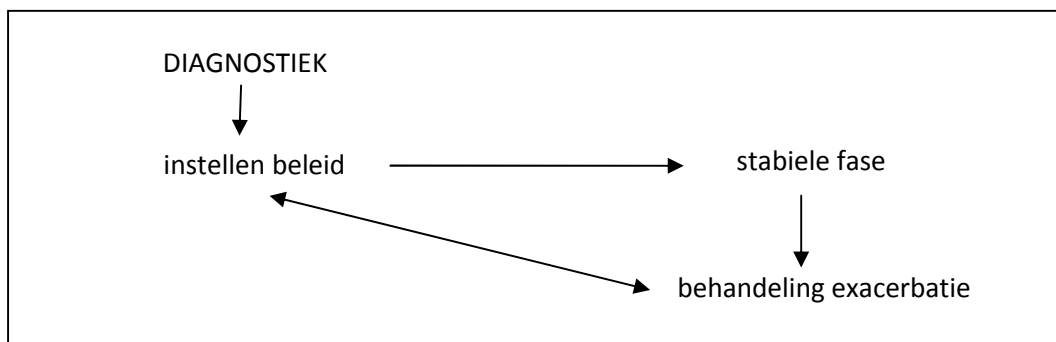
## 5 De zorgstandaard COPD

In juni 2008 publiceerde de Stichting Ketenkwaliteit COPD "Voorstel voor een model keten-dbc voor COPD". De hierin beschreven Voorlopige Zorgstandaard COPD wordt bij veel initiatieven op het gebied van COPD ketenzorg als referentie gebruikt. Uiteraard voldoet de Voorlopige Zorgstandaard nog niet aan de standaard zorgstandaard van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden, want die was ten tijde van schrijven nog niet beschikbaar.

Een zorgstandaard is de basis voor een keten-dbc, die nodig is voor het contracteren van ketenzorg en de bekostiging daarvan. Omdat de zorgstandaard COPD nog niet beschikbaar is, heeft de Stichting Ketenkwaliteit COPD het initiatief genomen tot het ontwikkelen van een Model keten-dbc en een bijbehorende Voorlopige Zorgstandaard COPD. De Voorlopige Zorgstandaard COPD focust op die activiteiten die onder de regie van de huisarts, in samenwerking met de longarts en andere zorgverleners, tot stand komen. Deze voorlopige zorgstandaard kan worden gezien als de overkoepelende weergave van de essentie van bestaande richtlijnen. Bestaande nationale en internationale richtlijnen (inclusief leefstijl interventies) zijn als uitgangspunt gekozen. Een belangrijke basis is de Richtlijn Keten zorg COPD van het CBO (CBO, 2005).

De keten van de COPD-zorg, in de volgorde van het verloop van dat proces, bestaat uit *opsporing, preventie, diagnostiek, behandeling, zorg en nazorg, reactivering en reïntegratie en palliatie*. De voorgestelde Voorlopige Zorgstandaard omvat preventie en opsporing, diagnostiek, behandeling en zorg, exacerbaties. Multidisciplinaire longrevalidatie en palliatieve zorg zijn niet opgenomen in de Voorlopige Zorgstandaard. Preventie en opsporing zijn bovendien niet opgenomen in de keten-dbc. Dus de Model keten-dbc omvat: diagnostiek, behandeling en zorg, exacerbaties. (Stichting Ketenkwaliteit, 2008)

Schematisch weergave van de onderdelen van de COPD-zorg in de keten-dbc COPD (Stichting Ketenkwaliteit, 2008):



Niet-medicamenteuze behandelingsmodules in de keten-dbc COPD:

- Stoppen met roken
- Bewegen
- Voeding

Naast uitvoering van de zorg moet de keten-dbc COPD de mogelijkheid bieden ketenzorg te stimuleren en te ondersteunen door het opnemen van ruimte voor secundaire voorwaardelijke activiteiten: communicatie en afstemming, financiering, voorlichting, deskundigheidsbevordering,

richtlijnen en protocollen, registratie en informatie (dossievorming), praktijkondersteuning, evaluatie en feedback. In de keten-dbc is een aparte module randvoorwaarden op te nemen om van daaruit de genoemde zaken te financieren en te organiseren. (Stichting Ketenkwaliteit, 2008)

De Voorlopige Zorgstandaard COPD bestaat uit zorgonderdelen. Een zorgprofiel beschrijft per zorgonderdeel:

- welke zorgverleners de zorg mogelijk uitvoeren,
- het percentage patiënten dat de zorg dient te ontvangen,
- de wenselijke frequentie van het zorgonderdeel,
- de tijdsbesteding van de professional aan het zorgonderdeel.

De zorgprofielen vormen de basis van de keten-dbc en van het rekenmodel voor kostprijsberekening. In het beschreven model wordt geen rekening gehouden met comorbiditeit.

In paragraaf 6 wordt nader ingegaan op de bepaling van de kostprijs voor de COPD keten-dbc.

Voor de uitvoering van de zorg volgens de Model keten-dbc zijn de volgende zorgverleners nodig: huisarts, longarts (voor consultatie), praktijkondersteuner, longverpleegkundige, fysiotherapeut en diëtiste.

Gangbare praktijk is om COPD-patiënten met GOLD 1 en 2 (en ook stabiele GOLD 3) onder behandeling van de huisarts en COPD-patiënten met GOLD 3 en 4 onder behandeling van de longarts te laten vallen. De GOLD-classificatie is uitsluitend gebaseerd op het meten van de longfunctie, terwijl ook andere factoren bepalend zijn voor de ernst van COPD (onder andere kortademigheid, hoesten, opgeven van slijm, ernst en frequentie van exacerbaties). In de GOLD-indeling blijven deze factoren buiten beschouwing. Internationaal wordt onderzoek gedaan naar indelingen op basis van meer factoren, zoals de BODE-index. Deze index is echter nog niet bruikbaar om de ernst van COPD te classificeren.

#### *Long Alliantie Nederland (LAN)*

Volgens de standaard zorgstandaard van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden ontbreekt in de Voorlopige Zorgstandaard een hoofdstuk over de organisatiestructuur en een omschrijving van de prestatie-indicatoren. De Long Alliantie Nederland (LAN) is in de zomer van 2009 gestart met de ontwikkeling van de zorgstandaard COPD, gebaseerd op de Voorlopige Zorgstandaard COPD. De COPD zorgstandaard van LAN wordt opgebouwd conform het raamwerk voor zorgstandaarden dat bij het Coördinatieplatform Zorgstandaarden in ontwikkeling is. Het platform streeft er naar om de COPD zorgstandaard gereed te hebben in oktober/november 2009.

## 6 Kostprijs van de keten-dbc COPD

In dit hoofdstuk wordt eerst het basismodel toegelicht waarmee de directe zorggerelateerde arbeidskosten voor de keten-dbc COPD berekend kunnen worden, de zogenaamde minutenschema's. Vervolgens wordt ingegaan op de toerekening van indirecte kosten aan de keten-dbc. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan de kosten die gemaakt worden om de onderhandelingen over de keten-dbc met de zorgverzekeraar en alle deelnemende zorgverleners te voeren. Tot slot wordt stilgestaan bij de kosten van regievoering en budgethouderschap.

### 6.1.1 Directe kosten

Volgens het "Voorstel voor een model keten-dbc voor COPD" (Stichting Ketenkwaliteit COPD, 2008) vormen de zorgprofielen de basis van de keten-dbc COPD en van het rekenmodel voor kostprijsberekening. Een zorgprofiel beschrijft per zorgonderdeel:

- welke zorgverleners de zorg mogelijk uitvoeren,
- het percentage patiënten dat de zorg dient te ontvangen,
- de wenselijke frequentie van het zorgonderdeel,
- de tijdsbesteding van de professional aan het zorgonderdeel.

Ter illustratie het zorgprofiel "diagnostiek" COPD in de keten-dbc COPD:

diagnostiek	longarts	huisarts	PO/PO/LV	onderst diensten	aantal consulten	gemiddeld aantal minuten	totale tijd (minuten)	% voorkomen bij gemiddelde patiënt
consult huisarts <sup>1</sup>		X			1	10	10	100
spirometrie			X	(X)	1	45	45	100
anamnese* <sup>2</sup>			X			*	*	*
overleg huisarts-PO/PV/LV <sup>3</sup>		X	X		1	5	5	100
aanvullende diagnostiek <sup>4</sup> - X-thorax - lab		X		X	1			90
				X	1			25
herhaling spirometrie <sup>5</sup>			X	(X)	1	45	45	10
vaststellen diagnose <sup>6</sup>		X			1	10	10	100
voorlichting <sup>7</sup>			X		1	20	20	100
consultatie longarts	X				1	1	1	100

\* Het afnemen van de algemene anamnese vindt plaats tijdens het uitvoeren van de spirometrie

\*\* De bespreking van de uitslag vindt plaats tijdens de herhaling spirometrie

PO/PV/LV: praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige/longverpleegkundige

#### Voetnoten

1 speciële anamnese, lichamelijk onderzoek, verwijzing voor spirometrie

2 algemene anamnese

3 spirometrie en anamnese beoordelen, bepalen of aanvullende diagnostiek noodzakelijk is

4 consult huisarts voor uitleg en verwijzing. Röntgen: screenen op co-morbiditeit bij alle GOLD 3 en 4 patiënten en bij patiënten > 50 jr (NHG-standaard): BNP: uitsluiten hartfalen

5 soms nodig als de eerste longfunctie niet goed was geblazen of niet goed geïnterpreteerd kon worden

6 mededelen diagnose, informatie ziektebeeld, opstellen behandelplan

7 informatie ziektebeeld en behandelplan, stoppen met roken, inhalatie-instructie (zie tevens voorlopige zorgstandaard)

Door per regel in de tabel de totale tijd te vermenigvuldigen met het percentage en vervolgens de uitkomsten daarvan op te tellen, wordt de gemiddelde tijd per patiënt voor het zorgprofiel diagnostiek verkregen.

Met bovenstaande tabel levert dit voor het zorgprofiel diagnostiek op:  $10 \times 100\% + 45 \times 100\% + 5 \times 100\% + 5 \times 100\% + 10 \times 50\% + 10 \times 90\% + 10 \times 25\% + 45 \times 10\% + 10 \times 100\% + 20 \times 100\% + 1 \times 100\% = 117$  minuten gemiddeld per patiënt voor diagnostiek.

De uurtarieven zijn per zorgverlener verschillend, dus om een prijs te berekenen moet het gemiddeld aantal minuten per zorgverlener uitgerekend worden. Door het aantal minuten per zorgverlener te vermenigvuldigen met het uurtarief voor die zorgverlener worden de gemiddelde arbeidskosten van de zorgverlener voor het zorgprofiel verkregen. De opgetelde gemiddelde arbeidskosten van de betrokken zorgverleners bepalen de gemiddelde arbeidskosten voor het zorgprofiel per patiënt.

Soortgelijke tabellen als voor het zorgprofiel "diagnostiek" kunnen ook opgesteld worden voor de zorgprofielen "instellen beleid", "stabiele fase" en "exacerbatie". In deze zorgprofieltabellen moet per zorgstap onderscheid gemaakt worden tussen GOLD 1, 2, 3 en 4. Bij "instellen beleid" is bij GOLD 1 en 2 meestal de hoofdrol weggelegd voor de huisarts, terwijl bij GOLD 3 en 4 meestal de longarts de hoofdrol heeft. Bij het zorgprofiel "stabiele fase" is er bij GOLD 3 patiënten nog een afweging te maken om de huisarts dan wel de longarts de hoofdrol te geven.

Voor de niet-medicamenteuze modules "stoppen met roken", "bewegen" en "voeding" kunnen ook zorgprofieltabellen opgesteld worden. In termen van de standaard zorgstandaard (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2009) zijn deze modules te bestempelen als generieke modules, en in die zin dan ook minimaal deels inzetbaar bij zorgstandaarden voor andere chronische ziekten. Volgens het stramien van de standaard zorgstandaard moet de beschrijving van deze generieke modules opgesplitst worden in een (generiek) deel dat voor alle chronische ziekten gelijk is en (eventueel) een ziektespecifiek deel. Dit is vooral van belang in het geval van comorbiditeit. Daarover stelt VWS: "In het geval van comorbiditeit zal de prijs van de 'tweede' (of zelfs derde) keten-DBC vanwege de overlap in werkzaamheden en benodigde infrastructuur naar verwachting fors minder zijn dan de eerste DBC. De verwachting is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hier integrale afspraken over maken." (VWS, juli 2009)

### 6.1.2 Overheadkosten

Naast de directe zorggerelateerde arbeidskosten zijn er ook indirecte (arbeids)kosten. Welke hiervan mogen worden toegerekend aan de keten-DBC COPD? Volgens de aanwijzing van VWS kunnen via de keten-DBC de kosten van de zorgprofessionals en de organisatiekosten (inclusief ICT) van de zorg voor die betreffende aandoening worden bekostigd (VWS, juli 2009).

De kosten van de zorgprofessionals worden verdisconteerd in de eerder besproken zorgprofieltabellen (minutenschema's). Welke organisatiekosten zijn er verder nog te benoemen?

Een keten-DBC wordt aangeboden en verzorgd door een groep zorgaanbieders, die zich in een zorggroep georganiseerd hebben. Een zorggroep is een juridische entiteit, die de contracten met zorgverzekeraars afsluit om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren (NZa, 2009). Om de keten-DBC te kunnen aanbieden, is er veel overleg nodig tussen de deelnemende zorgaanbieders onderling en vervolgens tussen de zorggroep als geheel en de zorgverzekeraars. Dit geldt vooral bij het ontwikkelen van de keten-DBC, maar ook tijdens het uitvoeren van de keten-DBC's is er regelmatig overleg tussen de deelnemers aan de zorgketen nodig. Niet zozeer over individuele patiënten (dat zit opgenomen in de minutenschema's), maar over het zorgproces als geheel. Reflectie op de geleverde zorg, waarbij prestatie-indicatoren handvatten kunnen bieden, kan uitmonden in bijstelling van de keten-DBC. Waarover dan uiteraard weer afstemming met de zorgverzekeraars nodig is.

De meeste informatiesystemen in de eerste lijn, zoals HIS (Huisarts Informatie Systeem), KIS (Keten Informatie Systeem) en ZIS (Ziekenhuis Informatie Systeem), zijn nog onvoldoende toegerust voor een goede ondersteuning van de ketenzorg. Dat betreft zowel de voor geïntegreerde ketenzorg benodigde overdracht van patiëntgegevens (EPD - Elektronisch Patiënten Dossier), als de registratie van de voor de berekening van de afgesproken prestatie-indicatoren benodigde gegevens (MDS – Minimale Data Set). Het is daarom te verwachten dat voor aanpassing en invoering van de juiste ICT-ondersteuning en de registratie van gegevens, zeker op de korte termijn, extra tijd nodig is. Het is aannemelijk dat voor de registratie van MDS en de oplevering van MDS en daarop gebaseerde prestatie-indicatoren voorlopig nog het nodige handwerk verricht zal moeten worden, bijvoorbeeld met registratie in spread-sheet of lokale databases.

Het is al met al redelijk om in de prijs voor de keten-DBC een vergoeding op te nemen voor de volgende kostencomponenten:

- ontwikkelen van de keten-DBC en -zorg
- bijstellen van de keten-DBC en -zorg
- tijd voor overleg tussen de zorgaanbieders (binnen de zorggroep)
- tijd voor overleg tussen de zorgaanbieders (zorggroep) en de zorgverzekeraar
- invoering van verbeterde ICT-ondersteuning

- registratie van gegevens voor oplevering prestatie-indicatoren
- administratieve werkzaamheden, zoals het opleveren van MDS en prestatie-indicatoren

### **6.1.3 Kosten van regievoering en budgethouderschap**

VWS stelt dat zorgverzekeraars keten-dbc's inkopen door een contract af te sluiten met een hoofdcontractant (VWS, juli 2009). De hoofdcontractant (in de praktijk een zorggroep met een eigen juridische entiteit) maakt namens de zorggroep afspraken met de zorgverzekeraar over prijs voor de keten-dbc en de te leveren prestaties. Cruciaal voor het realiseren van concurrentievoordeel is dat het contract op basis van uitonderhandelde, integrale tarieven vastgesteld wordt. De hoofdcontractant ontvangt de vergoedingen voor gedeclareerde keten-dbc's en maakt verdere afspraken met de aan de zorggroep deelnemende zorgverleners over de vergoedingen die elk van de zorgverleners zullen ontvangen per geopende keten-dbc. De vergoeding kan volgens een bepaalde verdeelsleutel plaatsvinden, maar ook op basis van declaraties. Dat is aan de zorggroep zelf hoe zij dit verder willen invullen. De zorgverzekeraar zal informatie over het zorgproces willen krijgen: de afgesproken prestatie-indicatoren of de gegevens op grond waarvan deze prestatie-indicatoren berekend kunnen worden (MDS – Minimale Data Set).

De zorggroep treedt namens de deelnemende zorgverleners op als hoofdcontractant richting de zorgverzekeraar. De kosten die gepaard gaan met het oprichten en operationeel houden van de zorggroep (contracten opstellen, werkafspraken maken, financiële afhandeling/verdeling van de vergoede keten-dbc's, rapportages over geleverde prestaties) vallen redelijkerwijs onder de door VWS benoemde organisatiekosten. De vergoeding voor de keten-dbc dient daarom een component te bevatten voor de operationele ondersteuning en/of bedrijfsvoering van de zorggroep.

Om tot een hogere efficiëntie in de ketenzorg te komen is het cruciaal dat de zorggroep/hoofdcontractant het contract met de verzekeraar op basis van uitonderhandelde tarieven kan afsluiten.

### **6.1.4 Overige kosten**

Geneesmiddelen, diagnostiek en hulpmiddelen vallen buiten de keten-dbc bekostiging. Beleidsmatig is het streven om in 2011 integratie van farmaceutische kosten, diagnostiek en hulpmiddelen in de ketens te realiseren. (VWS, juli 2009)

## 7 Prestatie-indicatoren

De aanwezigheid van een geaccepteerde zorgstandaard is een belangrijke randvoorwaarde voor de invoering van functionele bekostiging voor chronische aandoeningen (NZa, april 2009). In de zorgstandaard is een belangrijke rol weggelegd voor prestatie-indicatoren. Deze prestatie-indicatoren maken integraal onderdeel uit van de zorgstandaard, en worden onderverdeeld in proces-, uitkomst- en structuurindicatoren. VWS heeft aan Zichtbare Zorg de regie gegeven over het in nauw overleg met de veldpartijen ontwikkelen van de prestatie-indicatoren.

In deze paragraaf wordt eerst nader ingegaan op de mogelijke prestatie-indicatoren en vervolgens op het mogelijke gebruik van prestatie-indicatoren. Tot slot wordt ingegaan op de valkuilen van het gebruik van prestatie-indicatoren.

### 7.1.1 Beschrijving van prestatie-indicatoren

De verschillende typen prestatie-indicatoren zijn als volgt te omschrijven (Zichtbare Zorg, 2009):

- *structuur* - geeft aan of er iets beschikbaar is in de organisatie, bijvoorbeeld opgeleide mensen, een bepaald protocol.
- *proces* - geven het resultaat van inspanningen weer, bijvoorbeeld het aantal patiënten waarbij de Body Mass Index (BMI) bepaald is.
- *uitkomst* - geven het effect van het handelen weer, bijvoorbeeld het percentage patiënten dat rookt.

Er is momenteel nog geen eenduidig vastgestelde set van prestatie-indicatoren voor de vier chronische ziekten waarvoor functionele bekostiging ingevoerd wordt (diabetes, COPD, hartfalen, CVR). Wel zijn er verschillende al dan niet in de dagelijkse praktijk in gebruik zijnde sets van prestatie-indicatoren. Voorbeelden hiervan zijn: Zichtbare Zorg indicatorenset voor huisartsen, Zichtbare Zorg indicatorenset voor ziekenhuizen, indicatorensets van de NHG, indicatoren van Zorgverzekeraars Nederland, COPD indicatoren vanuit patiëntenperspectief van de Samenwerkende Astmapatiënten Verenigingen. In het "Consultatiedocument voorlopige minimale dataset chronische zorg" (Zichtbare Zorg, 2009) staat een inventarisatie opgenomen van veel al bestaande indicatoren met hun bron van herkomst. Bovendien staat van elke indicator aangegeven of deze al dan niet te berekenen is met de voorlopige door ZiZo voorgestelde minimale dataset (MDS).

Een veel gehanteerde set van COPD prestatie-indicatoren is die van de NHG. Deze set wordt ook gehanteerd in de TOCHT-pilot. Het gaat hierbij alleen om die indicatoren waarvoor de gegevens om deze indicatoren samen te stellen afkomstig zijn uit het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) zoals de huisarts dat bijhoudt en beheert in een huisartsinformatiesysteem (HIS). Naast deze indicatoren zijn er echter ook andere indicatoren die kwaliteiten beschrijven van de (huisartsen)zorg, zoals bij voorbeeld patiënttevredenheid en allerlei aspecten van de praktijkvoering. (NHG, juni 2008)



In onderstaande tabel wordt de NHG set voor COPD weergegeven:

nr	Omschrijving	type
1	% patiënten bekend met COPD (eerste en tweede lijn) in de praktijkpopulatie aan het einde van de rapportageperiode	structuur
2	% patiënten bekend met COPD die in de eerste lijn worden behandeld (definitie: huisarts is hoofdbehandelaar) in de praktijkpopulatie aan het einde van de rapportageperiode	structuur
3	% patiënten bekend met COPD die in de eerste lijn worden behandeld (definitie: huisarts is hoofdbehandelaar) én minimaal 12 maanden zijn ingeschreven in de praktijkpopulatie aan het einde van de rapportageperiode	structuur
	<b>Roken</b>	
4	% patiënten waarvan het rookgedrag bekend is	proces
5	% patiënten die roken in de groep patiënten waarvan het rookgedrag bekend is	uitkomst
6	% patiënten met een advies om te stoppen met roken in de afgelopen 12 maanden in de groep patiënten die roken	proces
	<b>BMI</b>	
7	% patiënten bij wie de Body Mass Index berekend is in de afgelopen 12 maanden	proces
	<b>Behandeling en monitoring</b>	
8	% patiënten waarbij inhalatietechniek is gecontroleerd in de afgelopen 12 maanden	proces
9	% patiënten waarbij een spirometrie (FEV1/FVC ratio post BD) gedaan is in de afgelopen 12 maanden	proces
10	% patiënten die vaccinatie tegen influenza hebben gehad de voorafgaande 12 maanden	proces
11	% patiënten waarbij de het functioneren van de patiënt volgens een gestructureerde methode is vastgelegd de afgelopen 12 maanden (volgens CCQ of RIQ-MON10 of MRC)	proces
12	% patiënten waarbij de mate van beweging is gecontroleerd de voorafgaande 12 maanden	proces

Het is opvallend dat bijna alle indicatoren procesindicatoren zijn. Er is slechts één uitkomstindicator (nr. 5, % patiënten die roken). Het is dan ook niet voor niets dat VWS stelt dat "Aan de hand van de prestatie-indicatoren kan worden vastgesteld wat er met de geleverde zorg bereikt zou dienen te worden. Idealiter gaat het hier om de met de zorg te realiseren uitkomsten, maar op de korte termijn wordt gestart met procesindicatoren (die dan als proxy voor de te realiseren uitkomsten fungeren)." (VWS, juli 2009). Er is namelijk nog geen voldoende eensgezindheid om vast te stellen welke set van uitkomstindicatoren afdoende weergeeft welke resultaten bereikt moeten worden. Voorlopig gaat men er daarom vanuit dat bepaalde procesindicatoren een goede graadmeter zijn voor gewenste

uitkomsten. Die procesindicatoren heten dan proxy-indicatoren, omdat ze feitelijk gebruikt worden om de gewenste uitkomsten te indiceren.

In *Basisset prestatie-indicatoren geïntegreerde eerstelijnszorg en aandoeningsspecifieke ketenzorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN, oktober 2008)* wordt gekozen voor een andere groepering van prestatie-indicatoren. ZN kiest voor een indeling in de volgende domeinen: basisinformatie over de keten, effectiviteit en organisatievermogen, service en patiëntgerichtheid, doelmatigheid. Prestatie-indicatoren binnen elk van deze domeinen kunnen dan weer van het type structuur, proces of uitkomst zijn.

De "basisinformatie"-indicatoren geven een indicatie of de aanbieder de patiëntpopulatie afdoende in zicht heeft, en in hoeverre hij regie uitoefent (en substitutiemogelijkheden benut). Voorbeelden van deze indicatoren zijn: 1. Het aantal bekende COPD patiënten in de populatie en 2. Het aantal bekende COPD patiënten in de populatie met COPD hoofdbehandelaar in tweedelijns ziekenhuiszorg. Dit zijn procesindicatoren.

De "effectiviteit en organisatievermogen"-indicatoren geven een indicatie voor de kwaliteit van de aangeboden zorg. Dit betreft dus de zorginhoud. Aangezien er nog geen overeenstemming is over een goede set van uitkomstindicatoren, worden hiervoor procesindicatoren als proxy gebruikt. Voorbeelden zijn: percentage patiënten met COPD met hoofdbehandelaar in eerstelijns keten waarbij GOLD classificatie, bewegingspatroon, BMI, rookgedrag, inhalatietechniek, functioneren van de patiënt (volgens een gestructureerde methode, zoals CCQ) en spirometrie bekend en digitaal beschikbaar zijn.

De "service en patiëntgerichtheid"-indicatoren kunnen voor ketenzorg hetzelfde zijn als voor de basis eerstelijnszorg. Voorbeelden zijn: 1. De zorgaanbieder is aaneengesloten geopend en telefonisch bereikbaar van 8:00 tot 18:00 uur en 2. De zorgaanbieder voert minstens 1x per 3 jaar een klantervaringonderzoek uit en maakt de resultaten openbaar. Dit zijn procesindicatoren.

De "doelmatigheid"-indicatoren geven een indicatie over in hoeverre de zorgketen een doelmatigheidsfocus heeft, bijvoorbeeld door substitutie van 2<sup>e</sup> naar de 1<sup>e</sup> lijn. Voorbeelden hier van zijn: 1. Het aantal COPD-gerelateerde eerste ziekenhuis polikliniekbezoeken per patiënt per jaar en 2. Het aantal COPD-gerelateerde ziekenhuis opnames per patiënt per jaar. Dit zijn uitkomstindicatoren. Voor de doelmatigheidsindicatoren geeft ZN aan dat populatiekenmerken de uitkomsten kunnen beïnvloeden. Een oudere patiënt met een lage sociaaleconomische status (SES) heeft meer kans op hogere zorgkosten dan een jonge, gezonde hoogopgeleide patiënt. Dit is van belang voor worden voor zorgzwaartecorrectie.

Vermelding verdient het boekje "COPD kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief" van de Samenwerkende Astmapatiënten Verenigingen (SAV, 2008). Hierin worden de voor een patiënt belangrijke kwaliteitscriteria/indicatoren beschreven. Een aantal voorbeelden is: er wordt gebruik gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor COPD, er wordt voldoende tijd uitgetrokken voor het eerste consult, er wordt gekeken naar de integrale gezondheidstoestand, het is duidelijk wie de hoofdbehandelaar is.

### **7.1.2 Gebruik van prestatie-indicatoren**

Volgens de standaard zorgstandaard (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2009) is de functie van prestatie-indicatoren drieërlei:

1. Verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg,
2. Verantwoordingsinformatie aan de zorgverzekeraar als contractpartner en

### 3. Verantwoordingsinformatie aan de IGZ als toezichthouder.

Voor de verbetering van de kwaliteit van de ketenzorg worden de prestatie-indicatoren als maatstaf gebruikt in het kwaliteitsbeleid van de betrokken zorgverleners. Gerealiseerde waarden worden getoetst aan streefwaarden, en waar nodig worden maatregelen genomen om de zorgketen aan te passen, op zorginhoud dan wel op de organisatie van het zorgproces.

De IGZ is als toezichthouder verantwoordelijk voor het handhaven van de kwaliteit van de zorg. Op basis van de gerapporteerde prestatie-indicatoren kan de IGZ besluiten tot ingrijpen bij een zorgaanbieder, om zodoende verantwoorde zorg in Nederland te bevorderen.

In het kader van de door VWS gewenste marktwerking in de zorg (van aanbod naar vraaggestuurde zorg) is het gebruik van prestatie-indicatoren in het contract tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar interessant om nader onder de loep te nemen. Welke consequenties (bonus/malus) kunnen er mogelijk verbonden worden aan het al dan niet gerealiseerd zijn van de afgesproken streefwaarden van bepaalde prestatie-indicatoren? Onder andere de volgende bonus/malus maatregelen zijn denkbaar (suggesties uit interviews naar voren gekomen):

- een hogere of lagere vergoeding per keten-dbc (de prijzen zijn vrij onderhandelbaar);
- al dan niet toestemming om op bepaalde aspecten van de zorgstandaard af te wijken; het nut daarvan moet dan in een goede waarde van de indicator tot uitdrukking komen; een voorbeeld hiervan bij COPD is het vaker dan in de zorgstandaard vermeld staat uitvoeren van een spirometrie;
- bij een goed zorgresultaat een voorkeursbehandeling bij bemiddeling tussen de zorgverzekeraar en verzekerde klant/patiënt; dit wordt door Menzis al toegepast bij de TopZorg ziekenhuizen; TopZorg ziekenhuizen voldoen aan bepaalde hoger dan gemiddelde criteria voor het leveren van zorg;
- het via patiëntenverenigingen (Zorgbelang) publiceren van de prestatie-indicatoren van zorggroepen; op deze wijze worden specifieke patiëntengroepen goed geïnformeerd over de geleverde zorgkwaliteit.

De zwakke schakel in de hierboven geschetste toepassing van prestatie-indicatoren is dat er nog geen goede set van uitkomstindicatoren beschikbaar is waarover consensus is. Hooguit kan gebruik gemaakt worden van procesindicatoren, die als proxy gebruikt worden voor de kwaliteit van de zorgketen.

#### 7.1.3 Valkuilen van prestatie-indicatoren

In *Prestaties meten in de overheid* (Bouckaert & Auwers, 1999) noemt Bouckaert als kenmerken van een goed prestatie-meetsysteem:

1. validiteit en betrouwbaarheid – zijn de verzamelde en gerapporteerde gegevens accuraat? meet het systeem wat het beweert te meten?
2. functionaliteit – draagt het systeem bij tot het realiseren van de doelstellingen of creëert het perverse effecten?
3. legitimiteit – wordt het systeem en het gebruik ervan aanvaard door alle betrokkenen?

Over het prestatie-meetsysteem in de ketenzorg is op grond van de door Bouckaert genoemde kenmerken het volgende te zeggen:

1. *Validiteit en betrouwbaarheid* – Registratie van gegevens in en koppeling tussen de diverse informatiesystemen van de betrokken zorgaanbieders is nog verre van optimaal. De systemen zijn onvoldoende ingericht op registratie van de minimaal voor de berekening van de prestatie-indicatoren benodigde gegevens. Koppeling tussen de diverse systemen via een landelijk schakelpunt is nog verre van gerealiseerd.

2. *Functionaliteit* – Doelstelling van het meten en rapporteren van prestatie-indicatoren in de ketenzorg is het bevorderen van de kwaliteit van de geleverde zorg en een doelmatigere inzet van middelen (efficiëntie, concurrentie, marktwerking). Het CPB (september 2009) concludeert dat met een geïntegreerde aanpak van zorg (ketenzorg) de kwaliteit van de zorg sterk verbetert, maar dat de besparingen waarschijnlijk kleiner zijn dan beoogt.
3. *Legitimiteit* – Er zijn sterke twijfels over het draagvlak van het prestatie-meetsysteem bij de betrokkenen in de ketenzorg. Men maakt zich grote zorgen over een verzwaring van de administratieve last en concurrentie tussen diverse zorgaanbieders (bijvoorbeeld tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn). Een deel van de focus verschuift van zorgverlening en het inrichten van goede ketenzorg naar bedrijfsvoering, marktdenken, marktaandeel.

Prestatiemeting en prestatie-indicatoren zijn niet neutraal – ze beïnvloeden de omgeving waarin ze worden gebruikt. Perverse effecten verwijst naar de mate waarin de prestatie-informatie bepaalde gedragingen en beslissingen versterkt die tegengesteld zijn aan de doelstellingen van de organisatie. Zo staat in de lijst met NHG-indicatoren: "2. % patiënten bekend met COPD die in de eerste lijn worden behandeld". Stel dat er naar gestreefd wordt om deze indicator zo hoog mogelijk te krijgen, vanuit de gedachte dat hoe meer patiënten in de 1<sup>e</sup> lijn behandeld worden, hoe goedkoper het is. Dan zou dat er toe kunnen leiden dat COPD-patiënten door de huisarts te laat doorverwezen worden naar de longarts, met als gevolg dat de uiteindelijke kosten in de 2<sup>e</sup> lijn hoger zijn dan bij eerdere doorverwijzing.

Dergelijke disfunctionele effecten van een indicator worden vaak pas zichtbaar nadat men de indicator in gebruik heeft genomen. Compensatie voor negatieve effecten van indicatoren door nieuwe indicatoren op te nemen, heeft bovendien als eigen negatief effect dat de meeste prestatie-meetsystemen over de tijd heen als maar uitbreiden. Na verloop van tijd is rationalisatie nodig. (Bouckaert & Auwers, 1999)

Bouckaert (199) noemt een twintigtal kenmerken van een goede prestatie-indicator, waaronder: meetbaar, beschikbaar, accuraat, begrijpbaar, reproduceerbaar, controleerbaar, ontraadt ongewenst gedrag. Bijvoorbeeld de indicator "percentage patiënten met advies om te stoppen met roken" is onvoldoende geoperationaliseerd en dus niet goed meetbaar. Als de huisarts terloops zegt: "Als ik u was zou ik stoppen met roken", telt dit advies dan mee voor de indicator? Of telt het advies pas mee als er een dwingende verwijzing is naar de stop-met-roken poli?

Zodra de te hanteren prestatie-indicatoren door Zichtbare Zorg (ZiZo) zijn vastgesteld, is het aan te bevelen deze indicatoren te toetsen op de door Bouckaert genoemde kenmerken.

## 8 Resultaten uit de interviews

Zoals aangegeven in Hoofdstuk 2 (Methodische Verantwoording) zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met professionals die een vooraanstaande rol hebben bij de invulling van de COPD (keten)zorg in Twente. In de interviews lag de nadruk op het benoemen van de financieringsystematiek gerelateerde knelpunten en -oplossingsrichtingen, uitgaande van de invoering van ketenzorg op basis van keten-dbc's.

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit de interviews weergegeven. Alle bevindingen zijn (uit de aard van het onderzoek) financieringsystematiek gerelateerd, maar er is er wel een differentiatie naar invalshoek te maken: kwaliteit van de zorg, organisatie van de zorg en financiering van de zorg. Deze indeling is dan ook gehanteerd in dit (en volgende) hoofdstukken. De bevindingen zijn een directe weergave van de door de geïnterviewden gedane uitspraken.

### 8.1 Kwaliteit van de zorg

Een goede diagnosestelling is cruciaal voor het vaststellen van de juiste behandeling in 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> lijn. De algemeen gehanteerde regel GOLD 1/2 in de 1<sup>e</sup> lijn en GOLD 3/4 in de 2<sup>e</sup> lijn voldoet niet. Alleen de GOLD-bepaling is medisch gezien geen voldoende basis voor een gefundeerde keuze voor behandeling in 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> lijn. COPD is een systemic disease – er zijn veel meer aspecten die meespelen (comorbiditeit, fysieke/mentale conditie, etc.). Zo kan GOLD 2 soms in de 2<sup>e</sup> lijn thuis horen en GOLD 3 in de 1<sup>e</sup> lijn! Mogelijk dat een bredere indicering met de BODE-index verbetering kan bieden.

Voor een goede diagnosestelling is een goed geoutilleerd lab en veel ervaring van groot belang. Die zijn voorhanden in ziekenhuizen, waardoor versnippering over 1<sup>e</sup> lijns diagnose faciliteiten niet nodig en medisch onverstandig is. Het project COPDay probeert hieraan invulling te geven (eendaagse diagnose in het ziekenhuis).

Niet alle fysiotherapeuten kunnen de kwaliteit leveren die voor goede COPD fysiotherapie nodig is. Daarvoor is specialisatie in fysiotherapie voor COPD nodig. Zo is in Twente COPE-Actief een groep van fysiotherapeuten die volgens een afgesproken protocol COPD-patiënten behandelen. Het COPE-Actief protocol voor GOLD 3/4 patiënten vormt ook de basis van de COPD-pilot TOCHT, die in het najaar van 2009 in Twente start.

Lang niet alle huisartsen zijn voldoende toegerust voor een kwalitatief goede uitvoering van de COPD-ketenzorg. De acht longartsen in Twente stellen allemaal op dezelfde wijze een diagnose. Het MUTROBE-project (MULTidisciplinaire TRANsmurale Opsporing en BEhandeling COPD) versterkt de 1<sup>e</sup> lijnszorg COPD door advisering van huisartsen over de behandeling van COPD-patiënten. De huisarts ontvangt een advies op basis van een door de patiënt ingevulde vragenlijst en een longfunctietest door de longfysioloog.

Van groot belang in de keten is dat de zorgverlener zijn grenzen moet kennen, en op tijd moet doorverwijzen. Financiële prikkels kunnen hem stimuleren meer zelf te doen dan goed is voor de patiënt.

Voor het leveren van goede ketenzorg is inhoudelijk overleg tussen de zorgaanbieders het belangrijkste. De invoering van keten-dbc's leidt tot concurrentie, die de zorgkwaliteit niet vanzelf ten goede komt.

Vanuit de 1<sup>e</sup> lijn zijn twee zorgarrangementen nodig: een voor preventie (voornamelijk gericht op Gold 1/2 om afglijden naar Gold 3/4 te voorkomen), en een voor verzorging (voornamelijk gericht op

stabiele Gold 3/4). Om deze zorgarrangementen met goede kwaliteit kosteneffectief aan te kunnen bieden vanuit de 1<sup>e</sup> lijn moet er volume gecreëerd worden door specialisatie van huisartsen.

Zorgverzekeraars zouden partner moeten zijn bij het ontwikkelen van de zorg. Door de invoering van marktwerking in de zorg, en keten-dbc's in het bijzonder, is de financiële focus van de verzekeraars versterkt ten koste van de zorg focus. De zorgdeskundigheid verdwijnt bij de verzekeraars. Alles wordt bekeken met een kostenbril, niet met een zorgbril.

Er is een grote focus op het doelmatig voorschrijven van medicatie. De zorgverzekeraar vergoedt de goedkoopste variant van een medicijn. Zorgaanbieders proberen daarom zo goedkoop mogelijk in te kopen. Dat kan ten koste gaan van de therapietrouw, omdat de patiënt met wisselende verpakkingen, doseringen en gebruiksaanwijzing geconfronteerd wordt.

De model keten-dbc COPD (Stichting Ketenkwaliteit COPD, 2008) is de referentie voor Menzis. Zorgverleners vinden deze model-zorgstandaard over het algemeen te krap, maar verschillen van mening over op welke aspecten.

Menzis financiert momenteel vier pilots, elk met circa 25 huisartsen (TOCHT, één van de pilots, heeft circa 45 deelnemende huisartsen). Elke pilot heeft andere ideeën over de zorgstandaard. De vier pilots moeten op termijn leiden tot vaste afspraken gebaseerd op de LAN zorgstandaard.

Menzis hanteert in haar pilots voornamelijk de NHG-indicatoren (NHG, juni 2008). Resultaatindicatoren zijn voorlopig nog erg lastig, onder meer omdat de keteninformatiesystemen (KIS) die dit ondersteunen nog onvoldoende geïntroduceerd zijn in de verschillende zorggroepen, waardoor de indicatoren niet eenvoudig op te halen zijn.

## **8.2 Organisatie van de zorg**

Op basis van professionaliteit zijn er ook nu al veel samenwerkingsverbanden te typeren als ketenzorg. Door de invoering van marktwerking, en daarmee van financiële prikkels, zullen meer managers in plaats van zorgprofessionals over samenwerkingsverbanden onderhandelen. Dat kan een negatieve impact op de kwaliteit van de ketenzorg hebben.

Een goed overleg tussen de zorgaanbieders uit de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn en het ontwikkelen van en investeren in wederzijds begrip en kennis is van groter belang dan het vaststellen van wie de regie moet voeren over de ketenzorg.

Bij de uitwerking van de ketenzorg ligt de focus voornamelijk op de 1<sup>e</sup> lijn. De 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn moeten ook in de keten verwerkt worden. Financieel-technisch is één keten wellicht niet realiseerbaar (ziekenhuis-dbc en keten-dbc mogen niet gelijktijdig open staan), maar in ieder geval moet de diagnostiek een goede aansluiting tussen 1<sup>e</sup>/2<sup>e</sup>/3<sup>e</sup> lijn ondersteunen.

Er zit een financieel schot tussen de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn. De ziekenhuis-dbc's voor COPD zitten in het A-segment (vergoeding volgens afgesproken prijzen met verevening achteraf, dus zonder risico voor de verzekeraar). Bij verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn wordt de keten-dbc gesloten en de ziekenhuis-dbc geopend.

Door de vorming van zorggroepen ontstaat er een extra managementlaag tussen de zorgverzekeraars en de zorgverleners. Deze managementlaag voert de contractonderhandelingen met de zorgverzekeraars, die daardoor nog verder van de feitelijke zorg af komen te staan.

Zorggroepen mogen niet te groot zijn, want dan ontstaat er een monopoliepositie in een regio (bijvoorbeeld als alle huisartsen in Twente aangesloten zouden zijn bij TOCHT). Er valt dan op basis van de indicatoren weinig meer te kiezen voor patiënten. Een redelijke omvang is wellicht 15 huisartsen met circa 35.000 verzekerden.

In het kader van de door VWS gewenste marktwerking is het niet goed als zorggroepen gedomineerd worden door huisartsen. Ook andere zorgverleners moeten goed vertegenwoordigd zijn in het bestuur van de zorggroep.

Regievoering van de keten moet vanuit een zorggroep met integraal bestuur vormgegeven worden. In dat bestuur moeten alle bij de ketenzorg betrokken zorgaanbieders goed vertegenwoordigd zijn. Dat hierin een belangrijke rol is weggelegd voor de huisarts is terecht. De huisarts vervult de poortwachterfunctie naar de medische zorg, een kernrol in de Nederlandse zorg.

Revalidatie is soms als 2<sup>e</sup>, meestal als 3<sup>e</sup> lijn te bestempelen, dat ligt aan wie er doorverwijst. Als de huisarts doorverwijst, dan is de revalidatie 2<sup>e</sup> lijn, als longarts doorverwijst, dan 3<sup>e</sup> lijn. Doorverwijzing gebeurt echter vrijwel altijd via de longarts (2<sup>e</sup> lijn). Alle revalidatiepatiënten bij het Roessingh komen binnen via de longarts. Bij verwijzing door de huisarts wordt de patiënt eerst gediagnosticeerd door de longarts.

### **8.3 Financiering van de zorg**

Er is tussen 1<sup>e</sup> (huisarts) en 2<sup>e</sup> (longarts) lijn over en weer angst voor omzetverlies. Longartsen stellen daar niet bang voor te zijn – er ligt veel meer werk dan ze aankunnen. Huisartsen stellen ook daar niet bang voor te zijn – er is een forse toename van COPD-patiënten te verwachten.

Binnen de zorggroep TOCHT wordt de vergoeding voor een keten-dbc verdeeld onder de zorgaanbieders op basis van het werkelijk aantal (geregistreerde) minuten. De financiële afhandeling wordt gedaan door de stichting TOCHT. Door de verantwoording- en registratieplicht, die voor de invoering van keten-dbc's nodig is, wordt de 1<sup>e</sup> lijnszorg ingewikkelder en duurder.

In de zorgstandaard COPD zit ook consultering van de longarts door de 1<sup>e</sup> lijn opgenomen. Het is veelal nog onduidelijk hoe de financiële vergoeding hiervan geregeld gaat worden.

Het bekostigingsmodel (minutenschema) op grond waarvan voor TOCHT het contract met de verzekeraar wordt afgesloten wordt ervaren als bedrijfsgevoelige informatie. Het model mag ingezien worden zonder getallen. De bekostiging is een vast bedrag per patiënt. Er wordt geen onderscheid gemaakt in zorgzwaarte. Ook de SES-indicatie speelt geen rol.

De DBC-systematiek geeft minder transparantie in de verleende zorg, omdat er geen deelnota's meer zijn per verrichting. Hoeveel gebruik wordt er van de diëtist gemaakt? Hoeveel longartsconsulten zijn er opgevraagd? Er is geen inzicht in de besteedde minuten, alleen de indicatoren zijn (straks) beschikbaar.

In regio's waar Menzis marktleider is, wordt een gedetailleerd uitgewerkt zorgcontract opgesteld. Dat zorgcontract is door de zorgverlener(s) eventueel ook met andere verzekeraars te gebruiken. De contracten zijn gebaseerd op minutenschema's. In regio's waar Menzis volgend is, en nadere detaillering niet nodig is, staat in het contract opgenomen "werken volgens vigerende richtlijnen en standaarden".

Door overlap (generieke modules) in de verschillende ketens van chronische zorg is het eigenlijk noodzakelijk om voor alle ketens tegelijk afspraken te maken. Zo is bijvoorbeeld de zorgketen CVR onderdeel van de diabetesketen. Een mogelijke oplossing kan zijn een procentuele vergoeding voor het overlappende deel in de parallelle ketens.

Niet alle onderdelen uit de zorgstandaard zitten in de basisverzekering (fysiotherapie!). De onderdelen die niet in de basisverzekering zitten mogen door Menzis niet geboekt worden op de hoofdverzekering. Menzis kan daarom niet één contract met één hoofdcontractant afsluiten.

Fysiotherapie is een belangrijk onderdeel van de model keten-DBC van de Stichting Ketenkwaliteit COPD. Fysiotherapie zit echter niet in de basisverzekering, waardoor de verzekeraar de bekostiging van fysiotherapie apart moet regelen met de fysiotherapeuten. Er worden door de zorgverzekeraar dan ook aparte onderhandelingen met de huisartsen en met de fysiotherapeuten gevoerd. Dat is niet gewenst vanuit het oogpunt van een goede ketenzorg. Het is wenselijk om één contractpartner te hebben, die dan zowel de huisartsen als de fysiotherapeuten goed vertegenwoordigt.

Veel patiënten zijn onderverzekerd, omdat fysiotherapie niet in de basisverzekering zit. Fysiotherapie voor chronische ziekten zit vanaf de 10<sup>e</sup> behandeling wel in de basisverzekering. Voor de vergoedingsregeling van de basisverzekering is COPD Gold 2 lang niet altijd een chronische ziekte, dat geldt pas vanaf een FEV1/FVC waarde kleiner dan 60%. De eerste 9 behandelingen moet de patiënt altijd zelf betalen of via een aanvullende verzekering laten vergoeden. Dit probleem is naar schatting in 1 op de 3 gevallen aan de orde. Dat geldt vooral voor de sociaalzakkere groepen, terwijl juist daar relatief veel COPD patiënten zitten.

Bij doorverwijzing naar fysiotherapie vanuit de 1<sup>e</sup> lijn met indicatie “chronisch” worden alleen behandelingen vanaf 10 en verder vergoed uit de basisverzekering. De eerste 9 behandelingen zitten dan niet in de basisverzekering. Bij doorverwijzing vanuit de 2<sup>e</sup> lijn worden ook de eerste 9 behandelingen vergoed vanuit de basisverzekering.

Voor de bekostiging van fysiotherapie in de TOCHT-pilot zijn drie patiëntprofielen uitgewerkt in een behandelprotocol (test, specifieke vraagstelling van verwijzer, reactiveren). Op basis van minutenschema's zijn hier prijskaartjes aan gehangen. Vervolgens is een gemiddeld tarief berekend, er vanuit gaande dat de patiëntenpopulatie gelijk verdeeld is over de drie profielen. Probleempunt hierbij is dat er geen rekening gehouden wordt met de samenstelling van de patiëntenpopulatie (bijvoorbeeld lage SES-wijken). Menzis heeft in november 2009 besloten de patiëntprofielen niet als basis voor de vergoeding van fysiotherapie in de pilot COPD keten-DBC te willen hanteren.

Het binnen TOCHT gehanteerde uurtarief voor de fysiotherapie wordt als te laag ervaren, omdat hierin geen overhead verwerkt zit, zoals deelname aan vertegenwoordigende organisaties. Ook wordt er onvoldoende rekening gehouden met het relatief grote aantal benodigde vloeroppervlak en apparatuur voor fysiotherapie. Er is eigenlijk bedrijfskundige ondersteuning nodig voor een professionele onderbouwing van de tarieven.

Multidisciplinaire revalidatie betreft slechts een klein deel van de COPD patiënten (orde grootte 5%). Revalidatie wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Revalidatie-DBC's zijn pas ingevoerd op 1 januari 2009. Er zijn hiervoor nog geen kengetallen beschikbaar. De basis voor kostprijsberekening van revalidatie-DBC's is de tijd besteed aan zorghandelingen en het aantal verpleegdagen. “Diagnose” (de D in DBC) past daarom niet zo in de revalidatie. Er is niet een eenduidige diagnose waaraan een behandeling gekoppeld kan worden. De psychosociale context is vaak van groot belang.



## 9 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot de belangrijkste financieringssysteem gerelateerde knelpunten voor het leveren van optimale ketenzorg aan COPD-patiënten. Daarbij worden de bevindingen uit de interviews waar mogelijk gekoppeld aan bevindingen en resultaten uit de literatuur. Per knelpunt worden aanbevelingen gedaan voor een oplossing(srichting). Net als in het vorige hoofdstuk zijn de aanbevelingen gegroepeerd naar de volgende invalshoeken: kwaliteit van de zorg, organisatie van de zorg en financiering van de zorg.

De eerste aanbeveling in de paragraaf "Financiering van de zorg" betreft een existentiële vraag met betrekking tot keten-dbc's: heeft de invoering van keten-dbc's wel het gewenste effect (verbetering van de zorg, kostenbesparing)? Diverse geïnterviewden en een rapport van het CPB (CPB, september 2009) betwijfelen dat. De overige aanbevelingen gaan uit van de invoering van keten-dbc's en benoemen dan de knelpunten die binnen die financieringssysteem om een oplossing vragen.

Naast de financieringssysteem gerelateerde knelpunten die het leveren van een optimale zorg in de weg staan, zijn er ook diverse knelpunten te vinden die nog opgelost moeten worden om een optimale bedrijfsvoering te realiseren. Voorbeelden hiervan zijn de huidige gebrekkige koppelingen tussen HIS-en, KIS-en en ZIS-en. Gezien de vraagstelling van deze scriptie wordt hier verder niet op ingegaan.

### 9.1 Kwaliteit van de zorg

#### *Ontbreken van zorgstandaard*

Als belangrijke randvoorwaarde voor de invoering van keten-dbc's stelt de NZa de "aanwezigheid van een door eerste- en tweedelijns zorgaanbieders geaccepteerde en door patiëntenverenigingen gelegitimeerde *zorgstandaard*." (NZa, april 2009). Deze is voor COPD echter nog niet beschikbaar. De LAN werkt momenteel (najaar 2009) aan een brede zorgstandaard voor COPD. Bij gebrek aan beter wordt veelal gebruik gemaakt van de model keten-dbc COPD (Stichting Ketenkwaliteit COPD, 2008).

**Mogelijke oplossing:** zodra de zorgstandaard beschikbaar is worden de huidige tijdelijke contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders aangepast aan de zorgstandaard. Hierbij kan de ervaring op basis van voorlopige zorgstandaarden goed van pas komen.

#### *Basisverzekering en zorgstandaard*

Onderdelen van de zorg voor chronische aandoeningen vallen onder de basisverzekering, aanvullende verzekeringen, de AWBZ maar ook onder de WMO. Er is sprake van verzekeringsschotten. Twee voorbeelden om dit te illustreren.

Bij chronische ziekten wordt een belangrijke rol toegekend aan preventie. Bekostiging van preventieactiviteiten en van eerstelijns curatieve zorg zijn op dit moment echter nog twee gescheiden werelden (NZa, 2009). Ook in de standaard zorgstandaard is preventie opgenomen als belangrijke component (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2009).

Fysiotherapie is een belangrijke component in de zorgstandaard COPD. VWS stelt expliciet "Het is niet automatisch zo dat de zorg in de zorgstandaard tot het verzekerd pakket zou moeten behoren" en "Alleen de kosten voor zorg welke binnen het verzekerde pakket valt kan ten laste van de zorgverzekeringswet worden gebracht." (VWS, juli 2009). Fysiotherapie zit niet in de basisverzekering van de Zvw. Daarmee wordt een belangrijk onderdeel van de ketenzorg COPD ondermijnd.

**Mogelijke oplossing:** neem de zorgelementen die in de (breed geaccepteerde) zorgstandaard opgenomen zijn op in de vergoeding vanuit de basisverzekering.

*Therapietrouw*

De grote focus op het doelmatig voorschrijven van medicatie (laagste prijs wordt vergoed) heeft een nadelige invloed op de therapietrouw. Door prijsfluctuaties kan de patiënt geconfronteerd worden met nieuwe verpakkingen en andere gebruiksaanwijzingen, met als mogelijk gevolg geen of onjuist gebruik van de medicatie.

**Mogelijke oplossing:** sta in de vergoedingssystematiek toe dat de arts de mogelijkheid heeft om de patiënt die medicatie voor te schrijven waaraan de patiënt gewend is.

## 9.2 Organisatie van de zorg

*Zorggroepen en zorgaanbieders*

Ketenzorg wordt meestal aangeboden door zorggroepen, met een zelfstandige juridische status. De zorgverzekeraar sluit het zorgcontract af met de zorggroep op basis van uitonderhandelde tarieven. Vaak hebben de huisartsen een te bepalende rol in de zorggroep. Dat komt een gebalanceerd integraal zorgaanbod niet ten goede.

**Mogelijke oplossing:** voor een goede inrichting van de ketenzorg moeten alle bij de ketenzorg betrokken zorgverleners evenredig vertegenwoordigd zijn in het bestuur van de zorggroep. Dit bestuur dient de bevoegdheden en middelen te hebben om als hoofdcontractant de onderhandelingen met de zorgverzekeraar te voeren.

*Schotten tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn*

Door de scheiding tussen ziekenhuis-dbc's en keten-dbc's, die niet gelijktijdig open mogen staan om dubbele kosten te voorkomen, is er het risico van concurrentie tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn. Financiële motieven kunnen dan de overhand krijgen op zorginhoudelijke motieven bij het al dan niet doorverwijzen naar 2<sup>e</sup> of terugverwijzen naar 1<sup>e</sup> lijn.

**Mogelijke oplossing:** Bestuurlijke macht over de integrale ketenzorg van 1<sup>e</sup> én 2<sup>e</sup> lijn.

## 9.3 Financiering van de zorg

*Ketenzorg en kostenbesparing?*

Ketenzorg verbetert de kwaliteit van de zorg. Er zijn ook nu al door zorgprofessionals opgezette samenwerkingsverbanden gericht op ketenzorg. Of de invoering van keten-dbc's daaraan bijdraagt, is discutabel - er komt een nieuwe management- en bedrijfsvoeringlaag bij, waardoor het risico bestaat dat direct inhoudelijk overleg tussen de zorgprofessionals minder wordt. Ook is het discutabel of de invoering van keten-dbc's bijdraagt aan de beoogde kostenbesparing. De verwachting is eerder dat door de verantwoording- en registratieplicht de 1<sup>e</sup> lijnszorg ingewikkelder en duurder wordt. Het recente rapport "Houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg" van het CPB (CPB, september 2009) wijst ook in die richting.

**Mogelijke oplossing:** voer geen prestatiebekostiging met keten-dbc's in. Stimuleer de ontwikkeling van een breed geaccepteerde zorgstandaard en ondersteun de daarop gebaseerde samenwerkingsverbanden (zorgketens) met beperkt extra financiële middelen. Alternatief: bestuurlijke macht over ketenzorg in 1<sup>e</sup> én 2<sup>e</sup> lijn.

*Overlap in ketens*

De diverse zorgketens bevatten volgens de standaard zorgstandaard (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2009) ziektespecifieke en generieke modules. De overlap in de ketens zit in de generieke modules. Het is nog volstrekt onduidelijk hoe overlap in de ketens in de bekostiging verrekend moet worden.

**Mogelijke oplossing:** pas een procentuele vergoeding toe voor het overlappende deel in de parallelle ketens, maar samen uiteraard nooit meer dan 100%.

*Financiële risico's verzekeraar stimuleren 2<sup>e</sup> lijn*

Zorgverzekeraars zijn 100% risico-dragend voor zorg in de 1<sup>e</sup> lijn – meer patiënten, hogere kosten. Bij zorg in de 2<sup>e</sup> lijn zijn de zorgverzekeraars alleen risico-dragend voor dbc's in het B-segment. Voor zorg in het A-segment vindt achteraf vereffening tussen de verzekeraars plaats. Dus de zorgverzekeraars hebben er belang bij om patiënten van 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn te krijgen. COPD-dbc's zitten momenteel in het A-segment. In 2009 zit 34% van de dbc's in het B-segment. NZa adviseert voor 2011 het B-segment te vergroten naar 50%, mogelijk inclusief de COPD-dbc's. (NZa, oktober 2009).

**Mogelijke oplossing:** vergroot het B-segment in de 2<sup>e</sup> lijnszorg en voeg COPD-dbc's toe aan het B-segment.

*Overheadkosten*

Volgens VWS (VWS, juli 2009) kunnen de organisatiekosten (inclusief ICT) van de ketenzorg via de keten-dbc bekostigd worden. In de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars blijkt dit een lastig punt. Welke componenten mogen meegenomen worden in de overheadkosten? En tegen welke kosten? Het lijkt redelijk om in de prijs voor een keten-dbc een (standaard) vergoeding op te nemen voor (door)ontwikkelen van de keten-dbc en –zorg, overleg tussen de betrokken partijen, ICT-ondersteuning, administratieve werkzaamheden voor registratie en rapportage.

**Mogelijke oplossing:** stel duidelijke, eenduidige regels op voor de componenten die meegenomen mogen worden in de overheadkosten als onderdeel van de prijs voor een keten-dbc. Daardoor is concurrentie op prijs mogelijk, en niet op welke componenten wel of niet meegefinancierd moeten worden.

*Prestatie-indicatoren*

In de standaard zorgstandaard (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2009) en de daarop gebaseerde keten-dbc's is een belangrijke rol weggelegd voor prestatie-indicatoren. Er is momenteel nog geen eenduidig vastgestelde set van prestatie-indicatoren voor de vier chronische ziekten waarvoor functionele bekostiging ingevoerd wordt. Er zijn wel aanzetten voor proces- en structuur-indicatoren, maar uitkomst-indicatoren zijn nog nauwelijks geformuleerd. Het wachten is op Zichtbare Zorg voor het nader uitwerken van prestatie-indicatoren en de MDS waarvan ze afgeleid moeten kunnen worden. De verwachting is dat dit in de loop van 2010 zal gebeuren. De voorlopige MDS zal als startpunt voor 2010 genomen worden. Bij de vaststelling van de indicatoren zal toetsing op validiteit, functionaliteit en legitimiteit (Bouckaert & Auwers, 1999) meegenomen moeten worden.

**Mogelijke oplossing:** Naast het vaststellen van de prestatie-indicatoren zal er door de NZa aangegeven moeten worden hoe de prestatie-indicatoren ingezet zullen worden voor het sturen in de ketenzorg: alleen voor transparantie in de zorg of ook voor bonus/malus effecten in de prijsvaststelling van een keten-dbc?

## 10 Conclusie

In de inleiding van deze scriptie is de volgende onderzoeksvraag neergelegd:

Hoe kan de financiering van ketenzorg COPD het best ingericht worden, met als doel een optimale zorgverlening aan COPD-patiënten, rekening houdend met de belangen van de diverse partijen?

Op basis van het literatuuronderzoek, de interviews, en de daaruit afgeleide aanbevelingen in hoofdstuk 9 is het volgende te concluderen.

Een bij de zorgverleners veel gehoorde mening is dat de invoering van keten-dbc's lastenverzwarend werkt (administratieve last) en niet nodig is voor het realiseren van goede ketenzorg. De publicatie "Houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg" (CPB, september 2009) ondersteunt deze gedachte. Heroverweeg de invoering van keten-dbc's en beperk mogelijk de verdere ontwikkeling van ketenzorg tot inhoudelijke ondersteuning en stimulering.

Bij het toch invoeren van keten-dbc's dient in het bijzonder aandacht besteed te worden aan de volgende punten:

- Er dient een eenduidige hoofdcontractant voor de ketenzorg in 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn te zijn, die uitonderhandelde tarieven met de zorgverzekeraar vaststelt. Deze hoofdcontractant dient bijbehorende bevoegdheden te hebben om de ketenzorg in 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn aan te sturen.
- Gezien de belangrijke rol die aan de zorgstandaard toegedacht wordt, is het voor ketenzorg van goede kwaliteit gewenst om alle zorg uit de zorgstandaard op te nemen in de basisverzekering.
- Bewaak dat er in de zorggroepen die ketenzorg aanbieden een evenredige vertegenwoordiging is van de betrokken zorgverleners. De zorggroep is de juridische entiteit die als hoofdcontractant uitonderhandelde tarieven en contracten met de zorgverzekeraars vaststelt.
- De schotten tussen de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn moeten geslecht worden. Voor een zo goed mogelijke ketenzorg dient samenwerking gestimuleerd, en concurrentie voorkomen te worden.
- Voor het vanuit de zorgverzekeraars stimuleren van een grotere rol van de 1<sup>e</sup> lijnszorg dienen de financiële risico's voor zorgverzekeraars in de 2<sup>e</sup> lijn minstens zo groot te zijn als in de 1<sup>e</sup> lijn. Vergroot daartoe het B-segment in de 2<sup>e</sup> lijnszorg.
- Maak duidelijk hoe prestatie-indicatoren ingezet zullen worden om sturing te geven aan de ketenzorg.

De genoemde aanbevelingen en conclusies zijn niet alleen van toepassing op de COPD ketenzorg, maar ook op andere ketenzorg voor chronische ziekten. Door de casus COPD als leidraad te nemen was het mogelijk om focus in het onderzoek aan te brengen, en een gerichte set van interviews uit te voeren met betrokkenen bij de COPD ketenzorg. Ook kon daardoor specifiek ingegaan worden op de voorlopige zorgstandaard COPD en de prestatie-indicatoren van de NHG. Wellicht dat voor de andere chronische ziekten nog extra aanbevelingen en conclusies te vinden zijn, maar de hier genoemde conclusies gelden in ieder geval ook voor andere chronische ziekten gerelateerde ketenzorg.

## Literatuur

DBC-Onderhoud, (versie 17 juli 2008). DOT: met DBC's op weg naar Transparantie in de zorg. [www.dbconderhoud.nl](http://www.dbconderhoud.nl), bekeken in september 2009.

Projectplan Zorggroep TOCHT\*, COPD Zorg in Twente  
(\* Tijdelijke Organisatie COPD Huisartsen Twente)

Althuis, TR. van (2008). *Overzicht en definitie van indicatoren voor COPD in de huisartsenzorg*. NHG.

Astma Fonds (2006). *Patiëntenversie richtlijn zorg COPD*.

Bakker, D.H. de, et al. (2005). *Op één lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020*. Bilthoven, RIVM, rapportnummer: 270751009.

Bouckaert, G., Auwers, T. (1999). *Prestaties meten in de overheid*.

CBO (2005). *Richtlijn Ketenzorg COPD*. Van Zuiden Communications B.V, Alphen aan de Rijn.

Coördinatieplatform Zorgstandaarden, ZonMw (18 augustus 2009). *Standaard voor zorgstandaarden. Een tussentijds rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten*.

CPB (15 september 2009). *Houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg*.

DBC-Onderhoud (2008). *Instructie Revalidatiegeneeskunde v20081001*.

Evers, J.L. (2009), *Politieke besluitvorming en de invoering van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in de gezondheidszorg*. Essay MPM Politiek & Management

Fabbricotti, I.N. (2007). *Zorgen voor zorgketens, integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.

Groot, T.L.C.M. en van Helden, G.J. (2007). *Financieel Management van non-profit organisaties*. Hoofdstuk 13, Intramuraal gezondheidszorg. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff

Kiers, B. (2009). Goochelen met dbc's. *Zorgvisie Magazine*, nummer 5, p. 28-30

Kooistra, M. (2009). *De invloed van de M&I-module op COPD-netwerkzorg in Twente*. Master-scriptie Health Sciences, Universiteit Twente.

Kwaastniet, K. de en Eisenga, T. (2009). *Zorg om ketenzorg in tijden van marktwerking*. <http://www.ketens-netwerken.nl/columns?id=28&p=1>, bekeken op 25 september 2009

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit, april 2009). *Visiedocument functionele bekostiging vier chronische zorgvormen*.

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit, september 2009). *Consultatiedocument – Prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg*.

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit, oktober 2009). *Advies uitbreiding B-segment 2011*.

NHG (juni 2008). Overzicht en definitie van indicatoren voor COPD in de huisartsenzorg.

Plexus (mei 2008). *Functie indeling eerstelijnszorg*. In opdracht van CVZ.

Samenwerkende Astmapatiënten Verenigingen (SAV, 2008). COPD Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

Schaepkens, E.F.J.M. (2002). Ziekenhuistbekostiging in Nederland; van FB naar DBC. *Management Control & Accounting (MCA)*, 6(5 (oktober)), 13-24.

Stichting Ketenkwaliteit COPD (2008). *Voorstel voor een model keten-DBC voor COPD - versie juni 2008*.

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

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

VWS (2009). *Voorhangbrief keten-DBCs en huisartsenbekostiging*, brief aan de Tweede Kamer d.d. 13 juli 2009.

Zichtbare Zorg (23 juni 2009). *Consultatiedocument voorlopige minimale dataset chronische zorg*.

Zorgverzekeraars Nederland (17 oktober 2008). *Basisset prestatie-indicatoren geïntegreerde eerstelijnszorg en aandoeningsspecifieke ketenzorg*.

Zorgverzekeraars Nederland. *Zorgverzekeraars en Disease management*. Zeist 1998.

## Bijlage 1 - Centrale begrippen

Er is een aantal begrippen dat een centrale rol spelen bij het bespreken van de financiering van de ketenzorg rond COPD. Deze begrippen worden hieronder kort behandeld.

### *BODE-index*

De nieuw ontwikkelde BODE-index brengt diverse aspecten van COPD in kaart. De afkorting BODE staat voor:

- Body Mass Index (een maat voor overgewicht)
- Obstruction (de mate van luchtwegobstructie)
- Dyspnoea (de mate van kortademigheid)
- Exercise capacity (de inspanningscapaciteit – 6 minuten looptest)

Deze vier parameters leveren een score op tussen 1 en 10.

(bron: [www.astmafonds.nl](http://www.astmafonds.nl), geraadpleegd op 4 december 2009)

### *Comorbiditeit (multimorbiditeit)*

Bij co- of multimorbiditeit lijdt een individu aan twee (of meer) los van elkaar staande (chronische) aandoeningen.

### *COPD*

De Engelse afkorting COPD staat voor Chronic Obstructive Pulmonary Diseases (chronische obstructieve longaandoeningen). COPD is de verzamelnaam voor chronische bronchitis en longemfyseem. Beiden zijn aandoeningen van de longen en luchtwegen. (Astma Fonds, 2006)

### *Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)*

Een diagnosebehandelingcombinatie is gebaseerd op de diagnose die bij een patiënt wordt gesteld en betreft het geheel van activiteiten en daarmee samenhangende kosten van ziekenhuis en medisch specialisten die voor de behandeling van het ziektebeeld nodig zijn (Schaepekens, 2002). De DBC is de declarabele prestatie.

### *Exacerbatie*

Exacerbatie is een medische term voor toename van ziektesymptomen. Het wordt gebruikt voor chronische aandoeningen die een wisselende mate van activiteit vertonen. Er wordt van een exacerbatie gesproken als de ziekte meer actief wordt, na een tijd lang weinig of geen activiteit te hebben vertoond. Soms wordt ook het werkwoord exacerberen gebruikt. Het Latijnse werkwoord exacerbo betekent: verbitteren. Het tegenovergestelde van exacerbatie is remissie. (Wolters woordenboek: Latijn-Nederlands, Groningen 1992)

### *Functionele bekostiging*

Functionele bekostiging is bekostiging op basis van de prestatie, en niet op basis van de zorgaanbieder die de prestatie levert. Het gaat niet om 'wie' maar om 'wat' wordt bekostigd (NZA 2009). Functionele bekostiging gaat uit van de zorgvraag van de patiënt (VWS, 2008).

### *GOLD*

Mensen met COPD maken verschillende stadia door waarin zij steeds ernstiger ziek worden. Mensen doorlopen echter niet noodzakelijk alle COPD stadia: stoppen met roken stopt progressie vrijwel volledig. Het classificeren van deze stadia gebeurt op basis van meting van de longfunctie met een blaastest (spirometrie). De stadia worden vaak aangeduid volgens de zogenaamde GOLD-richtlijnen. (Stichting Ketenkwaliteit COPD, 2009)

GOLD staat voor Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease ([www.goldcopd.com](http://www.goldcopd.com)).

De spirometrie geeft aan hoeveel lucht de longen nog in- en uitademen (het ademvolume). De GOLD indeling vergelijkt de uitslag van de spirometrie met het ademvolume van een gezond persoon van dezelfde leeftijd (het verwachte ademvolume).

De GOLD indeling is als volgt:

GOLD 1	licht COPD	80% - 100%
GOLD 2	matig COPD	50% - 80%
GOLD 3	ernstig COPD	30% - 50%
GOLD 4	zeer ernstig COPD	minder dan 30%

Van de mensen met COPD heeft ongeveer 80% licht of matig COPD; de anderen hebben ernstig of zeer ernstig COPD. (Astma Fonds, 2006)

#### *Keten-dbc*

Keten-dbc's zijn de afspraken waarop integrale bekostiging gebaseerd wordt. De keten-dbc is weer gebaseerd op de zorgstandaard. Een keten-dbc is gebaseerd op een ketenzorg-product. Een ketenzorg-product wordt geleverd conform een vastgestelde zorgstandaard door een zorggroep.

#### *Ketenzorg*

Een vorm van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, wordt verleend op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen alle zorgverleners, gedurende het gehele traject van diagnose, behandeling en (na)zorg. Bij ketenzorg is sprake van gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden. (CBO, 2006)

#### *Minimale Data Set (MDS)*

De set met parameters (gegevens) die minimaal door ketenzorgaanbieders kan worden uitgeleverd. De set adresseert de volledige informatiebehoefte over de kwaliteit van zorg. Op basis van onderzoek naar wat onder de kwaliteit van ketenzorg voor diabetes, COPD, CVR en hartfalen wordt verstaan, worden indicatoren ontwikkeld en de MDS gedefinieerd. (ZiZo, 2009) Met MDS moeten de prestatie-indicatoren kunnen worden bepaald.

#### *Prestatie-indicatoren*

Prestatie-indicatoren geven weer wat de kwaliteit is van een geleverde prestatie. Ze zijn een maat voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Prestatie-indicatoren worden berekend en/of bepaald op basis van de Minimale Data Set (MDS). (ZiZo, 2009)

#### *Richtlijn*

Onderdelen van zorgstandaarden kunnen verder worden uitgewerkt in, of worden gebaseerd op, multidisciplinaire richtlijnen. Een richtlijn is een systematisch ontwikkeld (veelal monodisciplinair) advies en beschrijft het wat, wanneer en waarom van een zorginspanning. De basis van een richtlijn is de wetenschappelijke literatuur, ofwel 'evidence based', en in meer of mindere mate de praktijk, ofwel 'practice based' (NZa, 2009).

#### *Zorggroep*

Een zorggroep is een organisatie waarbinnen een groep zorgaanbieders zich in een juridische entiteit hebben verenigd om de zorgverlening op het gebied van één of meer (chronische) ziekten te verzorgen. Zij sluiten contracten met zorgverzekeraars om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren. (NZa, 2009)



*Zorgstandaard*

Een zorgstandaard stelt de norm voor goede zorg en beschrijft daartoe de inhoud van de zorg, de bijpassende organisatie en de indicatoren van kwaliteit. Daarmee wordt de zorgstandaard een geschikt uitgangspunt voor de aanspraken in verzekerde zorg en voor de onderliggende bekostigingssystematiek (ZonMw, 2009).

Een zorgstandaard is een functionele beschrijving van het complete zorgcontinuüm voor het multidisciplinaire zorgproces van een chronische aandoening opgesteld vanuit het perspectief van de patiënt (NZa, 2009).

## Bijlage 2 - Spelers rond de ketenzorg

In het veld van de gezondheidszorg zijn vele spelers actief. In deze bijlage worden eerst de belangrijkste landelijke spelers besproken die een rol spelen rond de financiering van de ketenzorg COPD. Aan het eind van de bijlage passeren de belangrijkste Twentse spelers rond ketenzorg COPD de revue.

### *Landelijke spelers*

#### *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)*

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is voert namens de overheid de regie op het terrein van de gezondheidszorg. Vanuit die rol is VWS eindverantwoordelijk voor toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg.

#### *Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)*

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is er geen onderscheid meer tussen ziekenfonds particuliere verzekeringen. Zorgverzekeraars onderhandelen met zorgaanbieders over inhoud, prijs en organisatie van de zorg. De overheid is verantwoordelijk voor toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. Daartoe is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) in het leven geroepen. De NZa is toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland. De NZa houdt toezicht op het gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, op zowel de curatieve als langdurige zorgmarkt en kijkt of zij de wet naleven. De NZa is de marktmeester in de zorg.

De NZa werkt samen met vijf andere organisaties:

- IGZ (Inspectie voor de gezondheidszorg); waakt over de kwaliteit van de zorg.
- NMa (Nederlandse Mededingingsautoriteit); ziet toe op eerlijke concurrentie tussen partijen.
- DNB (De Nederlandse Bank); houdt toezicht op financiële betrouwbaarheid en solvabiliteit van zorgverzekeraars.
- AFM (Autoriteit Financiële Markten); ziet toe op financiële instellingen die zich op de zorgmarkt begeven.
- CBP (College Bescherming Persoonsgegevens); is belast met de controle op de naleving van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

(Groot en van Helden, 2007)

De NZa stelt op basis van aanwijzingen door het ministerie van VWS de beleidsregels op. De NZa bepaalt onder andere de declaratieregels voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de gezondheidszorg.

Het wettelijk instrumentenpalet biedt de NZa mogelijkheden om algemene condities op zorgmarkten te stellen, zoals prestatiebeschrijvingen, kostentoerekeningsprincipes, slimme prijsplafonds en toezichtsregels. De NZa werkt bij de ontwikkeling van instrumenten met consultatiedocumenten, visiedocumenten en beleidsregels.

(bron: [www.nza.nl](http://www.nza.nl), geraadpleegd op 3 oktober 2009)

#### *Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)*

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. De inspectie adviseert de bewindspersonen en maakt ten opzichte van de zorgaanbieders gebruik van advies, stimulans, drang en dwang als bijdrage aan verantwoorde zorg. De inspectie onderzoekt en oordeelt onpartijdig, deskundig, zorgvuldig en onafhankelijk van politieke kleur of heersend zorgstelsel.

(bron: [www.igz.nl](http://www.igz.nl), geraadpleegd op 8 oktober 2009)

#### *Zorgverzekeraars Nederland (ZN)*

Zorgverzekeraars Nederland is de brancheorganisatie van alle zorgverzekeraars. ZN behartigt de belangen van de ondernemingen die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden. ZN neemt samen met de overheid en landelijke organisaties van zorgaanbieders, patiënten en consumenten en andere maatschappelijke organisaties actief deel aan het maatschappelijke debat over de inrichting van het zorgverzekeringsstelsel en het aanbod en de kwaliteit van de zorgvoorzieningen.

(bron: [www.zn.nl](http://www.zn.nl), geraadpleegd op 3 oktober 2009)

#### *Zorgbelang Nederland*

In Nederland zijn 13 Zorgbelangorganisaties, die elk in hun eigen regio actief zijn. Zij behartigen de belangen van zorgvragers in de regio, geven informatie en zetten zich in voor de kwaliteit van de zorg. Zorgbelang Nederland is de brancheorganisatie van de regionale Zorgbelangorganisaties.

(bron: [www.zorgbelang-nederland.nl](http://www.zorgbelang-nederland.nl), geraadpleegd op 3 oktober 2009)

#### *Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)*

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is de wetenschappelijke vereniging van huisartsen, die als doel heeft een wetenschappelijk gefundeerde uitoefening van de huisartsgeneeskunde in de praktijk te bevorderen. Dat doet zij onder andere door het ontwikkelen van richtlijnen en het opzetten en aanbieden van nascholing. Zo is er ook een richtlijn voor de behandeling van COPD ontwikkeld.

(bron: [nhg.artsennet.nl](http://nhg.artsennet.nl), geraadpleegd op 3 oktober 2009)

#### *COPD en Astma Huisartsen Advies Groep (CAHAG)*

De COPD & Astma Huisartsen Advies Groep (CAHAG) is een netwerkorganisatie van (kader)huisartsen met speciale belangstelling voor COPD en Astma. Ze zijn regionaal en landelijk betrokken bij kwaliteits- en deskundigheidsbevordering van COPD en Astmazorg, zowel in de huisartsgeneeskunde, de eerstelijns als de ketenzorg. Zij werkt daarin nauw samen met het NHG en de LHV.

(bron: [nhg.artsennet.nl/expertgroepen/cahag](http://nhg.artsennet.nl/expertgroepen/cahag), geraadpleegd op 8 oktober 2009)

#### *Long Alliantie Nederland (LAN)*

Long Alliantie Nederland is het landelijke forum op het gebied van preventie en zorg van chronische longaandoeningen. De LAN zet zich in voor optimale preventie en behandeling van chronische longaandoeningen. De LAN vormt een structureel forum op het gebied van chronische longzorg, waarbinnen partijen gezamenlijk hun visie ontwikkelen en beleid (mede) uitvoeren op gebied van preventie en behandeling van chronische longzorg. Voor het realiseren van het beleid bouwt en onderhoudt de LAN infrastructurele voorzieningen en zoekt de LAN samenwerking met overheid, zorgverzekeraars, politiek en andere partijen.

(bron: [www.longalliantie.nl](http://www.longalliantie.nl), geraadpleegd op 3 oktober 2009)

#### *ZonMw*

ZonMw werkt aan de verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. ZonMw heeft als hoofdopdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

(bron: [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl), geraadpleegd op 8 oktober 2009)

#### *Coördinatieplatform Zorgstandaarden (ZonMw)*

ZonMw heeft van het ministerie van VWS de opdracht gekregen een raamwerk voor zorgstandaarden te ontwikkelen. Daartoe is het Coördinatieplatform Zorgstandaarden ingesteld, met als opdracht het ontwikkelen van een gemeenschappelijk raamwerk voor huidige en toekomstige zorgstandaarden.

(bron: [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl), geraadpleegd op 8 oktober 2009)

#### *Programma Zichtbare Zorg (ZiZo)*

IGZ heeft in opdracht van de minister van VWS het programma Zichtbare Zorg (ZiZo) opgericht. De doelstelling van ZiZo is het inzichtelijk maken van de kwaliteit van geleverde zorg. ZiZo is verantwoordelijk voor het definiëren van kwaliteitsindicatoren en de Minimale Data Set (MDS) die nodig is om de kwaliteitsindicatoren uit te kunnen afleiden.

(bron: [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl), geraadpleegd op 8 oktober 2009)

#### *Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ)*

Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) is in 2002 opgericht om het gebruik van ICT in de zorg te stimuleren. Destijds waren er al veel goede initiatieven, maar een centrale regie ontbrak. Samen met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, ICT-leveranciers en overheidsorganisaties zet NICTIZ zich in voor de realisatie van een landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD) en andere vormen van landelijke elektronische communicatie.

(bron: [www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl), geraadpleegd op 11 oktober 2009)

#### *Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO*

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO is actief op het gebied van kwaliteit in de patiëntenzorg. Het CBO ondersteunt en begeleidt professionals en zorginstellingen bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.

Het CBO is in 1979 opgericht als het Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing. De toenmalige Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en de Geneeskundige Vereniging hebben destijds de aanzet tot de oprichting gegeven. Aanvankelijk richtte het CBO zich op de bevordering van de kwaliteit van het professionele handelen, nu ook op de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen.

(bron: [www.cbo.nl](http://www.cbo.nl), geraadpleegd op 11 oktober 2009)

#### *College voor Zorgverzekeringen (CVZ)*

Het College voor Zorgverzekeringen ondersteunt professionele doelgroepen bij de praktische of beleidsmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Tot zijn professionele doelgroepen rekent het CVZ de zorgverzekeraars/zorgkantoren, zorgverleners, branche-organisaties en overheid. Het CVZ neemt hierbij een onafhankelijke positie in tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten(verenigingen).

(bron: [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl), geraadpleegd op 11 oktober 2009)

### ***Twentse spelers ketenzorg COPD***

#### *TOCHT*

De Stichting TOCHT is de Tijdelijke Organisatie COPD Huisartsen Twente. Voor de looptijd van de COPD pilot in Twente is stichting TOCHT (Tijdelijke Organisatie COPD Huisartsen Twente) opgericht. De stichting coördineert de werkzaamheden van de deelnemende zorggroepen en fungeert als contractpartij naar Menzis (en andere verzekeraars). Stichting TOCHT is opgericht door Stichting Gezondheidscentra Enschede, THOON en de Federatie Almelo i.o.

(bron: [www.stichting-tocht.nl](http://www.stichting-tocht.nl), geraadpleegd op 6 november 2009)

#### *COPE-Actief*

De COPE-Actief vereniging bestaat uit een groep fysiotherapeuten die zich in longklachten gespecialiseerd hebben. Deze fysiotherapeuten zijn werkzaam in de eerste of de tweede lijn in Enschede en omgeving. Ze hebben deelgenomen aan het wetenschappelijk onderzoek COPE van MST longarts Paul van der Valk naar het effect van een fysiotherapeutisch trainingsprogramma bij patiënten met COPD. COPE staat voor COPD Onderzoek afdeling Pulmonologie Enschede. Het

verwijst tevens naar het begrip 'coping', kunnen omgaan met ziekte. De hoofdvraagstelling van het COPE onderzoek was dan ook of een zelfmanagementprogramma effectief zou zijn voor matig ernstige COPD patiënten.

(bron: [www.mst.nl/longgeneeskunde/cope\\_actief/](http://www.mst.nl/longgeneeskunde/cope_actief/), geraadpleegd op 6 november 2009)

#### *MUTROBE*

Het MUTROBE-project van MST longarts Nicolle Hekelaar is in 2006 gestart. MUTROBE staat voor MULTidisciplinaire TRANsmurale Opsporing en BEhandeling COPD. De eerste stap in het MUTROBE project is het alert maken van de huisartsen op COPD en dan een longfunctietest laten doen. Als een huisarts een patiënt ziet die roker of ex-roker is, ouder is dan 40 jaar, én luchtwegklachten heeft, dan kan hij deze doorsturen naar Medisch Spectrum Twente voor een longfunctietest. Nadat deze test is gedaan door de patiënt, ontvangt de huisarts de rapportage met daarin ook behandeladviezen. In overleg met de patiënt wordt vervolgens een op maat gesneden behandelwijze ingezet.

Op dit moment werkt Medisch Spectrum Twente in het MUTROBE project samen met 30 huisartsen. Eén keer per jaar krijgen deze huisartsen en hun assistenten bijscholing in de diagnostiek en behandeling van COPD.

(bron: [www.mst.nl/onzeorganisatie/persberichten/2008\\_01\\_30\\_succesvol\\_kwaliteit.doc/](http://www.mst.nl/onzeorganisatie/persberichten/2008_01_30_succesvol_kwaliteit.doc/), geraadpleegd op 6 november 2009)

#### *COPDay*

COPDay®: ééndags diagnostiek van nieuwe COPD-patiënten. Een initiatief van MST longarts Paul van der Valk. Doel: het standaard aanbieden van een uitgebreide eendaagse diagnostiek bij alle nieuwe COPD- patiënten die door de huisarts worden verwezen. Aan het einde van de dag is een COPD-profiel gemaakt en het behandelplan bekend. Er wordt in overleg met de huisartsen nog nader geanalyseerd welke GOLD-patiënten moeten worden doorverwezen.

(bron: Projectplan COPDay versie 0.2)

#### *ROSET*

ROSET is de Regionale OndersteuningsStructuur voor de Eerstelijnszorg in Twente. Zij stelt zich ten doel om de continuïteit en kwaliteit van de eerstelijnszorg in de regio te waarborgen en samenwerking in de eerstelijnszorg te stimuleren en te ondersteunen. Het projectleiderschap van TOCHT wordt ingevuld door ROSET.

(bron: [www.roset-twente.nl](http://www.roset-twente.nl), geraadpleegd op 6 november 2009)

#### *Roessingh en Roessingh Research and Development*

Het Roessingh is actief in revalidatiegeneeskundige behandeling en zorg, in revalidatiegerelateerd wetenschappelijk onderzoek, en in commerciële revalidatiegerelateerde producten en diensten. Door deze bundeling van activiteiten heeft Het Roessingh een unieke positie binnen Revalidatie Nederland.

(bron: [www.roessingh.nl](http://www.roessingh.nl), geraadpleegd op 7 november 2009)

#### *IZIT*

IZIT staat voor Innovatie Zorg In Twente. IZIT helpt de zorg te verbeteren door vraag en aanbod te verbinden met behulp van innovatieve technologie. IZIT wordt gedragen door de samenwerkende zorginstellingen in Twente en Achterhoek.

(bron: [www.izit.nl](http://www.izit.nl), geraadpleegd op 7 november 2009)

### **Bijlage 3 - Lijst met afkortingen**

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CCQ	ClinicalCOPD Questionnaire
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Diseases
CVR	Cardio Vasculair Risicomanagement
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
HIS	Huisartsen Informatie Systeem
KIS	Keten Informatie Systeem
LAN	Long Alliantie Nederland
MDS	Minimale Data Set
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SES	Sociaal-Economische Status
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wtr	Wet tarieven gezondheidszorg
ZIS	Ziekenhuis Informatie Systeem
Zvw	Zorgverzekeringswet