



Bekostiging van zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen

Masterthesis MBA-Health
Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

K. C. A. M. van Kuijk
I. H. H. Boxem

Bekostiging van zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen

Masterthesis MBA-Health

Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

© K.C.A.M. van Kuijk en I.H.H. Boxem, Utrecht 2016

Voorwoord

Met gepaste trots presenteren wij u hierbij onze thesis 'Bekostiging van zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen'. Deze thesis hebben wij geschreven in het kader van het afstuderen aan de opleiding Master in Health Business Administration (MhBA) van het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur in Rotterdam. Wij zijn bevoorrecht doordat wij gecoacht zijn door twee professionals en die bedanken wij als eerste. De inhoudelijke begeleiding bij het onderzoek heeft gezondheidseconoom en oud-hoogleraar Public Health Guus Schrijvers voor zijn rekening genomen en dat heeft hij op zijn onnavolgbare wijze verzorgd met passie, enthousiasme en de wens om aan ons te leren wat wetenschappelijk onderzoek echt inhoudt. Daarnaast heeft hoogleraar Evidence Based Management van Innovatie in de GGZ Inge Bongers, programmamanager van de MhBA, ons fantastisch begeleid door ons de fijne kneepjes van het vak bij te brengen. Beiden oprecht bedankt, ook voor de plezierige intensieve samenwerking. De opleiders van Karlie voor de medische vervolgopleiding Maatschappij & Gezondheid van de Netherlands School of Public & Occupational Health te Utrecht, waarvoor dit onderzoek ook wordt ingezet, worden hartelijk bedankt voor hun inzet en betrokkenheid. Wij willen ook een bijzonder dank uitspreken voor de programmamanageren, topdocenten en gastsprekers van de MhBA voor de waardevolle kennis die zij ons hebben meegegeven. De deelname aan deze opleiding is mogelijk geweest doordat onze beide werkgevers, te weten Coöperatie VGZ en De Friesland Zorgverzekeraar, dit hebben gefaciliteerd, waarvoor onze welgemeende dank. De opgedane kennis zit geordend in onze 'goed gevulde rugzak' die wij continue bij ons dragen en waarvan we dankbaar gebruik maken, zowel zakelijk als privé. Daarnaast willen wij onze medestudenten bedanken voor de fijne tijd die we samen bij Villa Heidebad in Epe hebben doorgebracht en voor het analyseren en reflecteren op onze eigen en collega-organisaties.

De afgelopen twee jaar hebben wij mogen studeren, absorberen, filosoferen, incasseren, interpreteren, waarderen, creëren, kritiseren, debatteren, gekscheren maar vooral ook balanceren. Balanceren tussen privé, werk en opleiding, waarbij de weegschaal op momenten doorsloeg naar de laatste component en wij realiseren ons terdege dat dit alleen mogelijk was door de warme steun, het onvoorwaardelijke begrip en de liefde van onze partners Rik en Wim, onze kinderen *Florine, Annemie, Julian* en *Martijn, Laura, Amber en Robin*. Wij bedanken hen oprecht hiervoor en gaan de komende tijd de momenten, die we samen hebben moeten missen, dubbel en dwars inhalen. Tot slot bedanken wij onze ouders in het bijzonder. Hun wijsheid, steun en motiverende woorden hebben ons geholpen te worden wie wij zijn en om deze opleiding tot een goed einde te brengen.

Wij nemen afscheid van een enerverende en fantastische periode, met een lach en een traan want hoewel we genieten van dit moment gaan we er zeker ook met weemoed op terugkijken.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Karlie van Kuijk & Ineke Boxem-van der Stoep
Utrecht, 2 mei 2016.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	10
1.1. Projectkader.....	10
1.2. Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie	14
1.3. Doelstellingen en vraagstelling	14
1.3.1. Doelstellingen	14
1.3.2. Vraagstelling.....	14
1.3.3. Deelvragen	15
1.4. Onderzoeksmodel	15
1.5. Begrippenkader	16
1.5.1. Chronische aandoening en chronische zorg	16
1.5.2. Triple Aim	16
1.5.3. Integrale zorg	18
1.5.4. Geïntegreerde zorg (integrated care)	19
1.5.5. Programmatische aanpak	19
1.5.6. Zorggroepen	20
1.5.7. Hoofdcontractant en subcontractanten	20
1.5.8. Chronisch zorgnetwerk	20
1.5.9. Voorwaarden en kenmerken	20
1.5.10. Bekostiging en financiering	21
1.6. Leeswijzer.....	22
2. Onderzoeksopzet	23
2.1. Soort onderzoek.....	23
2.2. Selectie van databronnen	23
2.2.1. Literatuur en theorie.....	23
2.2.2. Empirisch onderzoek.....	23
2.3. Onderzoeksinstrument	24
2.3.1. Literatuur en theorie.....	24
2.3.2. Empirisch onderzoek.....	24
2.4. Dataverzameling en data-analyse	24
2.4.1. Literatuur en theorie.....	24
2.4.2. Empirisch onderzoek.....	25
2.5. Validiteit en betrouwbaarheid	25
3. Theoretische beschouwing organisatietypen chronische zorg	27
3.1. Chronische zorgmodellen.....	27
3.1.1. Disease Management Programma.....	27
3.1.2. Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg	28
3.1.3. Chronic Care Model	29

3.1.4. Innovative Care for Chronic Conditions Framework	29
3.2. Bekostigingsmethoden voor de chronische zorg	30
3.2.1. Basisbekostigingsmethoden.....	31
3.2.2. Prestatiebeloning	33
4. Literatuur historische en huidige bekostiging van chronische zorg in de Nederlandse praktijk.....	34
4.1. Historische en huidige bekostiging chronische zorg in de eerste lijn.....	34
4.1.1. Ontwikkeling zorggroepen en implementatie programmatische aanpak.....	35
4.1.2. Chronische zorgnetwerken; proeftuinen VWS.....	37
4.2. Historische en huidige bekostiging chronische zorg in de tweede lijn.....	39
5. Literatuur bekostiging van chronische zorg in de buitenlandse praktijk	41
5.1. Managed care	41
5.1.1. Kaiser Permanente.....	41
5.2. Health Maintenance Organisation	42
5.2.1. Health Maintenance Organisation - Geisinger Health System	42
5.3. Accountable Care Organisation.....	43
5.4. Alternative Quality Contract	45
5.4.1. Prestatiebeloning binnen het Alternative Quality Contract.....	47
5.5. Gesundes Kinzigtal	48
5.6. Clinical Commissioning Groups	49
6. Resultaten empirisch onderzoek.....	51
6.1. Topic 1: Programmatische aanpak en zorggroepen.....	51
6.2. Topic 2: Chronische zorgnetwerken in Nederland	55
6.3. Topic 3: Organisatievoorwaarden en organisatiekenmerken	57
6.4. Topic 4: Financiële prikkels	61
6.5. Topic 5: Stappen realisatie Triple Aim.....	66
7. De stappen naar de stip op de horizon	69
7.1. Conclusie en Discussie.....	69
7.2. Aanbevelingen voor verschillende actoren binnen en buiten een chronisch zorgnetwerk	79
8. Nawoord	81
9. Literatuurlijst.....	83

10. Bijlagen.....	91
Bijlagen Hoofdstuk 1	91
Bijlage 1.1. Indeling kwaliteit van zorg.....	91
Bijlage 1.2. Klantwaarden: Value Based Health Care	91
Bijlage 1.3. Samenwerking	92
Bijlage 1.4. Interprofessionele samenwerking.....	93
Bijlage 1.5. Integrator.....	93
Bijlagen Hoofdstuk 2	94
Bijlage 2.1. Topiclijst.....	94
Bijlage 2.2. Geïnterviewde experts	95
Bijlage Hoofdstuk 3	96
Bijlage 3.1. Realisatie Triple Aim door basisbekostigingsmethoden	96
Bijlagen Hoofdstuk 4	101
Bijlage 4.1. Driesegmentenmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.....	101
Bijlage 4.2. Bekostiging chronische zorg in de eerste lijn.....	102
Bijlage 4.3. Uitspraak CBb - Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg	103
Bijlage 4.4. Zorggroepen	104
Bijlage 4.5. Proeftuinen van VWS.....	105
Bijlagen Hoofdstuk 5	108
Bijlage 5.1. Managed Care; Kaiser Permanente	108
Bijlage 5.2. Health Maintenance Organisation – Geisinger Health System.....	108
Bijlage 5.3. Accountable Care Organisation	109
Bijlage 5.4. Alternative Quality Contract.....	110
Bijlage 5.5. Gesundes Kinzigtal.....	111
Bijlage Hoofdstuk 6	112
Bijlage 6.1. Nederlandse initiatieven zorgnetwerken	112

Management summary

Background and Aim

The organisation of, and especially the funding of healthcare for persons with common chronic conditions, is a global issue, which many actors within the Dutch healthcare system are engaged in during this period of scarcity and expected increase in the number of persons with a chronic condition. A primary objective for the future of this form of healthcare is expressed in the Triple Aim (Berwick, Nolan & Whittington, 2008). This entails: 1. Improvement of the condition of health of the population; 2. Improvement of the level of healthcare as experienced; and 3. Lower (or at least stable) costs per capita. Patients with a common chronic condition, such as Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Diabetes Mellitus type II and with (risk of) cardiovascular diseases follow care pathways that include elements such as prevention, primary and secondary care, emergency aid and long term healthcare (Schrijvers, 2014). These persons, who receive care from various sectors of healthcare, are especially benefitted by a system based on multidisciplinary collaboration.

The main aim of the researchers is to extend knowledge and insights on organisational conditions and features, especially on financial incentives, in the realisation of the Triple Aim for care networks for persons with common chronic conditions in The Netherlands. Based on this information gathered, initial recommendations will be given for the various actors within and surrounding the chronic care network.

Method

To reach the aim of this study, qualitative research has been conducted, based on four sub-questions for which three different sources of knowledge have been consulted: theory, literature and experts. A distinction has been made between theoretical reflections on types of organisations for chronic care on the one hand and literature, on the funding of chronic care in practice, on the other hand. Experts for the empirical research were selected following a method of theoretical sampling until after thirteen open expert interviews a level of saturation was reached. During the open expert interview the following topics were discussed: 1. Program approach and care groups; 2. Chronic care networks in The Netherlands; 3. Organisational conditions and features; 4. Financial incentives and 5. Steps to take in realising Triple Aim.

Results

In the organisation of chronic care generally use is made of three chronic care models (Schrijvers, 2014): the Disease Management Program, 'Development model for Chain Care' and the Chronic Care Model. The Innovative Care for Chronic Condition Framework (WHO, 2002), is an adapted version of the Chronic Care Model, including three different organisation levels: micro, meso and macro. This can be applied to care networks for persons with common chronic diseases in The Netherlands.

For the funding of chronic care networks there are various basic funding methods, in the form of financial incentives, applicable. No single basic funding method is – according to the theory – successful in realising all three goals of the Triple Aim (Eijkenaar & Schut, 2015). Population based funding seems to show the best perspectives, based on the theory, when relevant financial incentives are offered.

Healthcare programs in The Netherlands, which are based on payments bundled per condition and have been implemented by care groups, have not yet been known to realise all goals of the Triple Aim (EIB, 2012). Moreover, Dutch initiatives with population based funding schemes also seem to get off to a difficult start (Drewes, Heijink, Struijs & Baan, 2015). Worldwide researchers are looking to discover which financial incentives will lead to a realisation of Triple Aim for chronic care. Successful initiatives, as found in literature, may not be directly applicable to chronic care networks in The Netherlands, considering differences in

policy and legislation; but nevertheless it is likely that certain organisational features such as financial incentives could be followed.

On the basis of the various sources of information, the researchers have determined the following essential organisational conditions for a chronic care network, which should be met in the best possible manner, whilst meeting the interests of actors involved.

Organisational conditions for a chronic care network

1. Regional multidisciplinary co-ordination centre;
2. Legal entity;
3. Structure for funding;
4. Inter-professional collaboration and consultation;
5. Division of roles, responsibilities and tasks;
6. Management and leadership;
7. Trust;
8. Goals;
9. Selection and certification;
10. Educational possibilities;
11. Standards and guidelines;
12. ICT infrastructure;
13. Possibilities for healthcare innovation and
14. Transparency of results.

The manner, in which these organisational conditions are met, is dependant on the region. One single blueprint for the conditions of a chronic care network is not desirable. The structure of the funding is an important organisational condition for the realisation of the Triple Aim. Offering relevant financial incentives, as an element within the structure of the funding, is essential. Based on the various sources of information, the researchers suggest that the following financial incentives can contribute - if offered in a relevant manner - to the realisation of the Triple Aim for chronic care networks:

Financial incentives for a chronic care network

1. Basic funding for the main contractor;
2. Basic funding of subcontractors;
3. Additional funding;
4. Coverage of the healthcare bundle;
5. Demarcation of the population;
6. Correction for risks;
7. Main contractor / Organisation as risk carrier;
8. Contracting;
9. Risk division and
10. Financial incentives for the population involved.

Concluding remarks and recommendations

For the realisation of the Triple Aim for care networks for persons with common chronic conditions in The Netherlands, it is essential that a shift is made from a situation of bundling based payment per condition to bundling based payment per insuree (population based funding). Moreover, it is of great importance that care groups can mature into organisations with various primary caregivers, to co-ordinate all primary care offered to persons with a chronic condition. This is a prerequisite to developing into a Regional Multidisciplinary Co-ordination centre which can function as an integrator, which takes responsibility for the co-ordination and the quality of the care offered, and which carries the financial risks of the healthcare costs and is responsible for the health of the population of the chronic care network (Triple Aim). Finally, hospitals should make the step to a different financial business model as they are expected to shrink in an appropriate manner.

Based on this new knowledge and insights, the researchers conclude with the following recommendations on how to realise the movements mentioned above and finally the Triple Aim for care networks for persons with common chronic conditions in The Netherlands.

Recommendations for the various actors

1. For various actors within and surrounding the chronic care

- a. Invest in loyal relations and together take on the responsibility of chronic care;
- b. Create forms of collaboration, at least on the level of policy making, for the co-ordination of chronic care and aim to constitute this into a legal entity, to become a Regional Multidisciplinary Co-ordination Centre within the chronic care network;
- c. Take steps in moving forward from bundled payment per condition to bundled payments per insuree (population based funding);
- d. Integrate financial incentives for quality and cost control;
- e. Take on a social responsibility regarding the cost of healthcare;
- f. Create possibilities for innovation within the care network, for instance regarding new monitoring techniques for chronic patients;
- g. Collaborate in implementing and facilitating state of the art, joint ICT infrastructure;
- h. Base the agreement for population based funding, where possible, on the costs to be expected; in the case that only recommended care is given and
- i. Create conditions for an adequately high level of quality.

2. Patients and patient organisations

- a. Take control and be responsible for one's own health;
- b. Make best use of self-management tools offered;
- c. Be loyal to therapy prescribed;
- d. Try to focus on health and aim at participating in society as much as possible and
- e. As a patient organisation set the agenda during important (branche) meetings.

3. Policy makers from governmental and other institutions

- a. Ensure that policy and legislation do not restrict collaboration within care networks;
- b. Allow healthcare provider and health insurance companies / local governmental bodies to come to agreements together on the care offered within a chronic care network;
- c. Align basic healthcare coverage to the healthcare standards, designed by professionals and

4. Healthcare providers

- a. Take responsibility for the health of the population;
- b. Shift up from disease orientated care to person / population orientated care;
- c. Consider strategies for downscaling instead of upscaling and
- d. Shift from a healthcare system based on supply to a system based on demand and take value creation for the client into account.

5. Health insurance companies

- a. Support care groups in maturing into Regional Multidisciplinary Co-ordination Centre;
- b. Take the interests of society more into account than those in being a competitor in the market;
- c. Offer opportunities for other forms of contracting (for example an Alternative Quality Contract) and
- d. Show commitment in upscaling valuable innovations.

6. Scientists

- a. Provide scientific knowledge to healthcare professionals, policy makers and health insurance companies;
- b. Suggests ideas for experiments, in which new financial incentives can be researched;
- c. Support experiments within care networks, from a scientific point of view and
- d. Bring examples of successful experiments of organisational forms of chronic care, from outside of The Netherlands, to the general attention.

1. Inleiding

1.1. Projectkader

Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem lijkt net als bepaalde andere maatschappelijke systemen in toenemende mate vast te lopen (Rotmans, 2015). Steeds meer burgers nemen zelf het heft in handen en dit vormt een beweging die de maatschappij ingrijpend zal veranderen. Nederland kantelt van een verticaal geordende en centraal aangestuurde top-down samenleving naar een samenleving van horizontale verhoudingen, waar vernieuwing en ontwikkeling van onderop plaatsvindt. In de gezondheidszorg is transitie hierbij één van de meest gebruikte woorden. De kernvraag is: 'hoe maken we de zorg weer menselijk?' Veel zorgprofessionals spenderen een derde deel van hun tijd aan het invullen van formulieren. Ze beseffen dat ze vastzitten in een star en bureaucratisch systeem dat eigen initiatief niet honoreert. Mensen verzorgen is voor zorgaanbieders nog steeds een honderd procent verdienmodel. Dat staat haaks op het nieuwe paradigma dat je mensen ondersteunt waar nodig om ze zolang als mogelijk in hun eigen omgeving te laten wonen. De echte transitie betreft dus 'van zorgen voor, naar zorgen dat'. De huidige focus op ziekte en zorg zou verlegd moeten worden naar het gezond en vitaal houden van mensen.

'Nederland gezond en wel' is het motto van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ministerie van VWS, 2016a). Het is de ambitie van het ministerie van VWS (2016a) om iedereen zo lang mogelijk gezond te houden en zieken zo snel mogelijk beter te maken. Ook wil het ministerie mensen met een beperking ondersteunen en maatschappelijke participatie bevorderen (ministerie van VWS, 2016b). Positieve gezondheid kijkt naar de kracht van mensen, in plaats van de aan- of afwezigheid van ziekte. Mensen hebben een zelfhelend vermogen en vele zijn mans genoeg om zelf om te gaan met hun gezondheidsproblemen of deze te voorkomen (Huber, 2010). Het loont voor zorgprofessionals financieel gezien niet om mensen te helpen zichzelf gezond en vitaal te houden (Rotmans, 2015). Een zorgstelsel, dat niet alleen financieel houdbaar en toekomstbestendig is maar ook gezondheid oplevert, zal op nieuwe uitgangspunten gefundeerd moeten worden.

De moderne geneeskunde heeft effectieve behandelingen ontwikkeld voor acute ziekten waaraan men in de 20^e eeuw nog overleed. Het succes daarvan heeft geleid tot een nieuw probleem, namelijk dat van chronische aandoeningen. We zijn in staat mensen steeds langer te laten leven, maar vaak wel met één of meer chronische aandoeningen (NPHF, 2015). Multimorbiditeit is inmiddels een vraagstuk waar in Nederland meer dan 1,9 miljoen mensen mee te maken hebben (RIVM, 2014) en waar ons zorgsysteem over het algemeen nog geen raad mee weet. De gezondheidszorg wordt nog vooral geleverd door specialisten die expert zijn op één terrein. In het geval van multimorbiditeit verliest deze specialistische expertise aan functionaliteit (Plochg, 2013). Dit is eenvoudig voor te stellen, wanneer men zich realiseert dat een patiënt met Diabetes Mellitus type II (DM II), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en (risico op) cardiovasculaire aandoeningen, niet alleen de huisarts consulteert maar waarschijnlijk ook de internist, longarts, diëtist en cardioloog. Keer op keer blijkt dan vervolgens dat deze zorgprofessionals onvoldoende in staat zijn om samen te werken, nog afgezien van het feit dat het zorgstelsel niet meer te bemensen en betalen is, als we patiënten voor ieder afzonderlijk probleem naar een andere specialist sturen. De patiënt van nu wil dat ook niet meer en mist de samenhang. Samenwerking tussen zorgaanbieders die de zorg voor mensen met een chronische aandoening onderling coördineren is dan ook erg belangrijk, het voorkomen van chronische aandoeningen zou natuurlijk nog mooier zijn.

De transitie van 'nazorg naar voorzorg' richt de aandacht op hervorming van de huidige gezondheidszorg, al vanaf de basis (Plochg, 2015). Hervorming die niet alleen gewenst is om de gezondheid van mensen met chronische aandoeningen te verbeteren maar ook om de kosten die hiermee gemoeid zijn te kunnen (blijven) betalen nu en in de toekomst.

Wereldwijd stijgt het aantal mensen dat aan chronische aandoeningen lijdt. In Nederland wordt dit aantal geschat op 5,3 miljoen (RIVM, 2014). De meest voorkomende chronische aandoeningen zijn neurologische aandoeningen (bijvoorbeeld dementie, Cerebro Vasculair Accident (CVA) en aandoeningen aan het bewegingsapparaat (23 procent), astma/COPD (19 procent), Diabetes (15 procent) en mensen met (risico op) cardiovasculaire aandoeningen (17 procent). Chronische aandoeningen die minder vaak voorkomen zijn bijvoorbeeld Parkinson, Cystic Fibrosis en diverse spierziekten (Jansen, Spreeuwenberg & Heijmans, 2012). Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM, 2014) voorspelt dat het aantal mensen met een chronische aandoening, zowel in absolute als in relatieve zin, de komende decennia nog flink zal toenemen, evenals het aantal mensen met meer dan één chronische aandoening (multimorbiditeit). De toekomstige groei van het aantal mensen met een chronische aandoening in Nederland is grotendeels te verklaren uit de verwachte bevolkingstoename en de veroudering van de bevolking, maar ook stijgende prevalentiecijfers van chronische aandoeningen binnen bepaalde leeftijdsgroepen spelen een rol (Blokstra et al., 2007). De prevalentiecijfers van veel chronische aandoeningen zijn de afgelopen jaren gestegen vanwege verbeterde of vervroegde diagnostiek en betere behandelmethoden, waardoor de overlevingskansen zijn gestegen. Helaas stijgen de prevalentiecijfers ook als gevolg van een ongezondere leefstijl van de bevolking. De chronische aandoeningen die in Nederland het meest frequent voorkomen, zoals DM II, COPD en cardiovasculaire aandoeningen, zijn veelal gerelateerd aan leefstijlfactoren (ministerie van VWS, 2008). Dat betekent dat steeds meer mensen in Nederland een beroep gaan doen op chronische of langdurige zorg en dat de zorgvraag van deze mensen bovendien verzwaart. Mensen met een chronische aandoening behoren tot de grootgebruikers binnen de gezondheidszorg. Bijna allemaal hebben zij meerdere keren per jaar contact met een huisarts en driekwart bezoekt jaarlijks eveneens één of meer medisch specialisten. Gemiddeld één op de vijf mensen met een chronische aandoening wordt jaarlijks in een ziekenhuis opgenomen (Ursum, Rijken, Heijmans, Cardol & Schellevis, 2011). Ter vergelijking: van de algemene bevolking van vijftien jaar en ouder bezocht in 2008 driekwart tenminste één keer een huisarts, 44 procent een medisch specialist en werd zeven procent in een ziekenhuis opgenomen (CBS, 2008). Chronische aandoeningen hebben niet alleen gevolgen voor het individu ook de impact op de samenleving is groot (Ursum et al., 2011). Circa de helft van de mensen met een chronische aandoening ervaart lichamelijke beperkingen die de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie in de samenleving kunnen aantasten. Persoonlijke kenmerken en omgevingsfactoren bepalen mede de mate waarin deze problemen zich voordoen.

Een groot deel van de totale uitgaven aan de Nederlandse gezondheidszorg wordt besteed aan de zorg voor mensen met een chronische aandoening (Ursum et al., 2011). De kosten van mensen met een chronische aandoening omvatten zowel directe als indirecte kosten. De directe kosten betreffen de uitgaven aan zorg. Volgens het ministerie van VWS bedroegen de zorgkosten voor chronische aandoeningen, betaald op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) (Rijksoverheid, 2006) in 2006 circa achttien miljard euro, hetgeen neerkomt op 70 procent van de totale zorgkosten in dat jaar op basis van de Zvw (Algemene Rekenkamer, 2010). Zorg voor mensen met een chronische aandoening omvat meer dan de zorg die onder de Zvw valt (Ursum et al., 2011). Mensen met een chronische aandoening hebben vaak ook zorg nodig ter ondersteuning van hun zelfredzaamheid en participatie. Dit betekent dat een flink deel van hen ook een beroep doet op zorg en ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (Rijksoverheid, 2015b), de Wet langdurige zorg (Wlz)(Rijksoverheid, 2015a) en daarnaast ook nog regelmatig de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)(Rijksoverheid, 2016). De indirecte kosten voor mensen met een chronische aandoening zijn bijvoorbeeld de kosten vanwege een verlies aan arbeidsproductiviteit door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Ook het verlies van schoolprestaties en productiviteit op het werk kunnen als indirecte kosten voor mensen met chronische aandoeningen worden aangemerkt, evenals verminderde consumptieve bestedingen door inkomensverlies.

De bekostigingssystematiek in Nederland, die eveneens geldend is voor de chronische zorg, is suboptimaal (Eijkenaar & Schut, 2015). Het is productie- en aanbod gericht met beperkte prikkels tot kostenbeheersing, kwaliteit, innovatie en preventie. De systematiek houdt fragmentatie in stand en belemmert daarnaast goede coördinatie en doelmatige substitutie van zorg. Economen en beleidsmakers, weten al ruim een eeuw dat elke manier van het betalen van zorgaanbieders zijn eigen, specifieke gedrag oproept. Stimuleer je verrichtingen door er per stuk voor te betalen (fee for service) dan krijg je veel verrichtingen, een hoge productiviteit, maar weinig samenhang en al helemaal niet het voorkómen van zorg (preventie). Een andere manier van bekostiging is door middel van alomvattende budgetten. Het voordeel van deze manier van betalen is dat het administratief eenvoudig is en kosten beheerst, maar de ervaring leert dat het leidt tot lagere productiviteit en onderbehandeling van patiënten, vaak resulterend in wachtlijsten. Productbekostiging (episode based payment of bundled payment) door middel van bijvoorbeeld DBC- zorgproducten of zorgzwaartepakketten is een andere vorm van bekostiging. Voor elke patiënt met een vergelijkbare zorgvraag krijgt de aanbieder een vast bedrag om het benodigde zorgaanbod te leveren. Dit stimuleert doelmatigheid binnen het zorgproduct want des te minder ligdagen en interventies worden ingezet, des te meer de aanbieder overhoudt van het bedrag dat hij krijgt. Het risico van onderbehandeling is hierbij aanwezig. Tegelijkertijd gaat van deze bekostiging nog steeds een volumeprikkel uit, immers des te meer zorgproducten er worden geleverd, des te meer omzet er wordt gegenereerd. Perverse financiële prikkels leveren frustraties op bij zorgverzekeraars, patiënten en een groot aantal zorgaanbieders. Ze zorgen bovendien voor onnodig verlies aan kwaliteit, leiden tot verspilling en tot verminderde inzet van innovatie. De nadruk ligt bij de huidige vormen van bekostiging niet op de uiteindelijke gezondheidsuitkomst, patiëntervaringen en doelmatigheid. Nu de middelen schaars worden, het aantal mensen met een chronische aandoening toeneemt en de zorguitgaven alsmaar stijgen, is de urgentie groot om aan deze perverse prikkels een eind te maken.

Nederland staat, evenals veel andere westerse landen, voor de uitdaging om in tijden van schaarste de komende jaren kwalitatief goede zorg te blijven bieden in een budget neutrale omgeving. In dit kader wordt voor de chronische zorg getracht de Triple Aim (Berwick, Nolan & Whittington, 2008) na te streven: 1. het verbeteren van de gezondheid van de populatie; 2. het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg; en 3. lagere (of steeds vaker gelijkblijvende) kosten per hoofd van de bevolking.

Afbeelding 1.1. geeft schematisch de Triple Aim weer. Centraal in de driehoek, in de middencirkel, staan alle partijen die gezamenlijk verbetering van de drie velden van de driehoek nastreven: 1. de patiënt; 2. de zorgaanbieder en 3. de financier.



Afbeelding 1.1. Model Triple Aim, bewerkt naar Berwick et al., 2008

Het overheidsbeleid is erop gericht om de kwaliteit van de zorg te verbeteren voor mensen met een chronische aandoening en tegelijkertijd deze zorg betaalbaar te houden. Als antwoord op de maatschappelijke uitdagingen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren voor mensen met een chronische aandoening, meer toe te snijden op de behoeften van deze

mensen en tegelijkertijd de doelmatigheid te vergroten, lanceerde het ministerie van VWS in 2008 een programmatische aanpak voor chronische aandoeningen (ministerie van VWS, 2008). Deze aanpak kenmerkt zich door vier speerpunten: 1. beter afgestemde multidisciplinaire zorg; 2. het op elkaar aansluiten van organisatie en inhoud van de zorg met behulp van een zorgstandaard; 3. het centraal stellen van de patiënt met eigen regie en eigen verantwoordelijkheid; en 4. een goede samenhang tussen preventie en curatie. Het ultieme doel is dat de verschillende vormen van zorg voor mensen met een chronische aandoening geïntegreerd worden aangeboden (ministerie van VWS, 2008).

De meeste initiatieven voor een programmatische aanpak voor mensen met een chronische aandoening in Nederland zijn tot op heden gericht op de samenhang van zorg rond één specifieke veelvoorkomende chronische aandoening, die vaak gerelateerd is aan de leefstijl (Van Dijk, Swinkels, Lugt & Korevaar, 2011; EIB, 2012). Patiënten met deze veelvoorkomende chronische aandoeningen ontvangen zorg die onderdelen bevat van zowel preventie, eerste- en tweedelijnszorg, acute en langdurige zorg (Schrijvers, 2014). Juist deze mensen, die zorg ontvangen uit alle zorgdomeinen, zijn gebaat bij een systeem met multidisciplinaire samenwerking. Een systeem waar niet alleen aandacht is voor de aandoening en zorgen voor, maar ook aandacht voor leefstijl, de kracht van de mensen en hun families, positieve gezondheid, mogelijkheden om te participeren en te zorgen dat de aandoening niet verergert. In een land waar decentralisaties aan de orde van de dag zijn, waar het belang van horizontale verbindingen wordt onderkend, is het belangrijk voor deze mensen dat samenwerking tussen alle domeinen mogelijk wordt gemaakt.

In Nederland zijn er in de periode rondom de ontwikkeling van de programmatische aanpak zorggroepen opgericht (NZa, 2014a). Met als doel om de zorg voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen, zoals DM II en COPD en daarnaast voor mensen met (risico op) cardiovasculaire aandoeningen, door middel van een specifiek zorgprogramma in te richten en de Triple Aim te realiseren. De zorggroepen van nu zijn organisaties van overwegend eerstelijnszorgaanbieders, veelal huisartsen, die met zorgverzekeraars contracten sluiten om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren. De manier waarop dit is georganiseerd en wordt bekostigd is veelal verschillend. De door zorggroepen aangeboden zorgprogramma's lijken het meeste op Disease Management Programma's (DMP's) (Van Dijk et al., 2011). De zorg, geleverd en bekostigd binnen deze zorgprogramma's, is echter nog verre van integraal (EIB, 2012). Niet alleen medicatie, maar ook de tweedelijnszorg en preventie zijn veelal nog geen onderdeel van het zorgprogramma en de bekostiging. Belangrijke succesfactoren bij deze initiatieven zijn onder andere: 1. een leidend idee over de vereiste diensten (consensus); 2. een leidraad voor zorgverleners (zoals een zorgstandaard waarin behalve een medisch inhoudelijke optiek ook het perspectief van de patiënt voorop staat); 3. afspraken over de regie van het samenhangende aanbod van diensten aan patiënten; 4. gestructureerde uitwisseling van informatie; en 5. bekostiging die ketenzorg ondersteunt (Schrijvers, 2014).

De vraag is of met de huidige programmatische aanpak, gecoördineerd door zorggroepen, de Triple Aim voldoende kan worden gerealiseerd. Steeds vaker wordt een regionaal zorgnetwerk voor mensen met een chronische aandoening als oplossingsrichting genoemd om de Triple Aim daadwerkelijk te realiseren (Christensen, Grossman & Hwang, 2009). Dit roept bij de onderzoekers vragen op, die in paragraaf 1.3.3. als deelvragen worden beschreven. In dit onderzoek wordt getracht de deelvragen met een gericht onderzoek naar geschikte theorie en literatuur en daarnaast een empirisch onderzoek onder experts te beantwoorden. Inzicht in organisatiekenmerken en -voorwaarden voor een zorgnetwerk zijn van belang om tot een selectie van toepasbare financiële prikkels te kunnen komen voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland.

1.2. Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

De overheidsbestedingen stijgen in de periode 2018-2021 met 1,3% per jaar. Dat is volledig toe te schrijven aan de reële toename van de zorguitgaven van 3,4% per jaar (CPB, 2016). De werkgelegenheid en reële bestedingen van het Rijk laten geen stijging zien. Bij de zorg is op basis van ongewijzigd beleid een toename te verwachten vanwege de demografische ontwikkeling (toename aantal ouderen), de stijging van het inkomen, duurdere zorg en een overige groei van de zorguitgaven.

De toekomstige groei van het aantal mensen met een chronische aandoening in Nederland is grotendeels te verklaren uit de verwachte bevolkingstoename en de veroudering van de bevolking (RIVM, 2014). De veelvoorkomende chronische aandoeningen stijgen daarnaast ook door bepaalde leefstijlfactoren (Blokstra et al., 2007). Juist deze veelvoorkomende chronische aandoeningen hebben een behoorlijke impact op het gezondheidszorgsysteem en de zorgkosten. Volgens het ministerie van VWS bedroegen de zorgkosten voor chronische aandoeningen, betaald op basis van de Zvw in 2006 circa achttien miljard euro, hetgeen neerkomt op 70 procent van de totale zorgkosten in dat jaar op basis van de Zvw (Algemene Rekenkamer, 2010). Daarnaast ontvangen deze mensen nog zorg die wordt gefinancierd vanuit andere wetten, bijvoorbeeld Wet maatschappelijke ondersteuning (Rijksoverheid, 2015a) en Wet langdurige zorg (Rijksoverheid, 2015b), die de totale zorgkosten van deze populatie nog verder doen toenemen.

In deze tijden van schaarste is het een uitdaging om de komende jaren kwalitatief goede zorg te blijven bieden in een budget neutrale omgeving, waarbij de Triple Aim wordt nagestreefd. Zorg georganiseerd in een zorgnetwerk voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen lijkt een mogelijke oplossing hiervoor (Christensen et al., 2009). Voor het realiseren van de Triple Aim binnen een zorgnetwerk dient wel aan de juiste organisatievoorwaarden en -kenmerken, waaronder financiële prikkels, te worden voldaan. Interprofessionele samenwerking (Butt, Markle-Reid & Browne, 2008) tussen de verschillende zorgaanbieders uit de verschillende domeinen is hiervoor cruciaal.

Positieve ervaringen uit de praktijk op het gebied van samenwerken tussen alle domeinen van zorg, met aandacht voor de (zorg-)vraag van de klant, ontbreken vooralsnog in Nederland. Waar vooral wetenschappers en zorgaanbieders zoeken naar good practices met betrekking tot organisatievoorwaarden uit de Verenigde Staten, Engeland en Duitsland, zijn het met name de beleidsmakers en financiers die speuren naar de juiste financiële prikkels.

Met dit wetenschappelijk onderzoek, waar niet alleen de theorie en de literatuur uit binnen- en buitenland wordt onderzocht, maar ook de mening van experts is meegenomen, wordt vanuit wetenschappelijk en maatschappelijk oogpunt, getracht kennis te vergroten en inzicht te krijgen in organisatievoorwaarden en -kenmerken, met focus op financiële prikkels, om stappen te kunnen zetten richting de realisatie van de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen.

1.3. Doelstellingen en vraagstelling

1.3.1. Doelstellingen

1. Het vergroten van kennis en inzicht in organisatievoorwaarden en -kenmerken, met focus op financiële prikkels, voor de realisatie van de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland.
2. Op basis van deze kennisvergroting en inzichten aanbevelingen geven voor verschillende actoren binnen en buiten een chronisch zorgnetwerk.

1.3.2. Vraagstelling

Welke organisatievoorwaarden en -kenmerken dragen bij aan de realisatie van de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland en welke financiële prikkels zijn op korte termijn, vanuit de huidige situatie, dan

wel (middel-)lange termijn toepasbaar om de Triple Aim bij deze zorgnetwerken te realiseren?

1.3.3. Deelvragen

Voor de beantwoording van de vraagstelling zijn vier deelvragen geformuleerd, waarvoor drie verschillende kennisbronnen, theorie, literatuur en experts, worden geraadpleegd.

Theorie onderzoek

1. Welke organisatietypen zijn er bekend voor de chronische zorg?

Literatuur onderzoek

2. Hoe was de historische en hoe is de huidige bekostiging van de chronische zorg in de Nederlandse praktijk?
3. Wat is er bekend over de bekostiging van de chronische zorg in de buitenlandse praktijk?

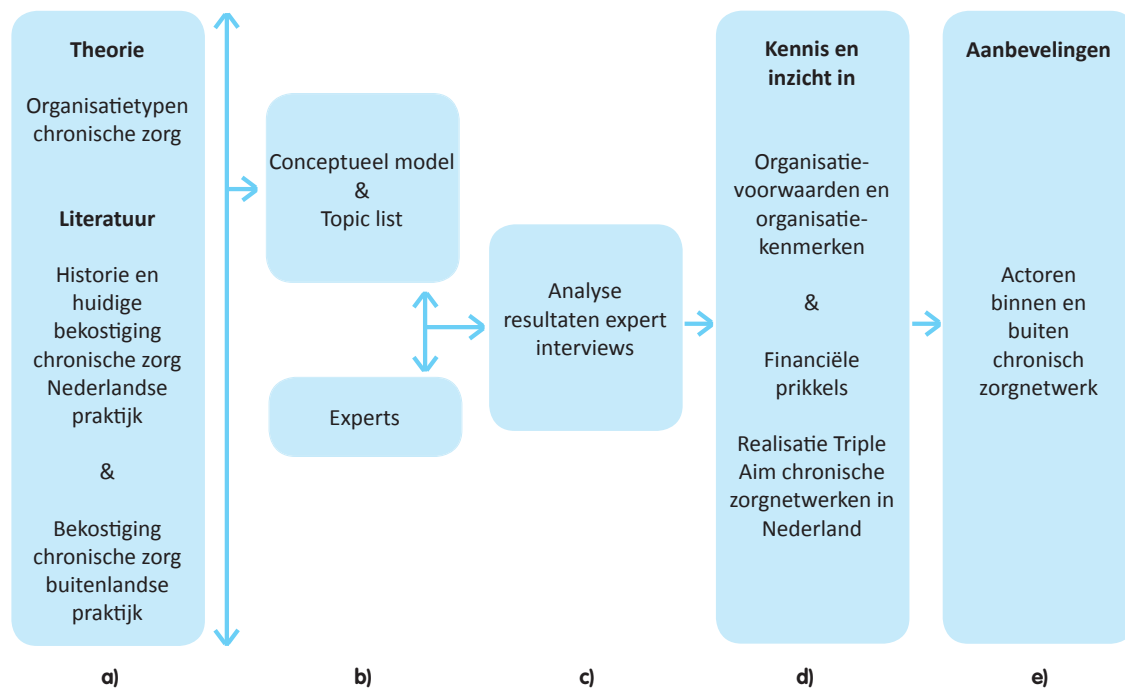
Empirisch onderzoek

4. Welke organisatievoorwaarden en -kenmerken dragen volgens de experts bij aan de realisatie van de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland en welke financiële prikkels zijn volgens deze experts op korte termijn, vanuit de huidige situatie met zorggroepen, dan wel (middel-)lange termijn toepasbaar om de Triple Aim bij deze zorgnetwerken te realiseren?

1.4. Onderzoeksmodel

Het gebruikte onderzoeksmodel wordt onderstaand zowel schematisch als beschrijvend weergegeven (Doorewaard & Verschuuren, 2005). In de omschrijving zijn de onderdelen met letters aangegeven welke corresponderen met de letters die in afbeelding 1.2. zijn gebruikt.

Gestart wordt met een gericht onderzoek naar theorie over de organisatietypen voor de chronische zorg, met focus op chronische zorgmodellen en de bekostigingsmethoden. Vervolgens wordt in de literatuur gezocht naar de historie en de huidige bekostiging van de chronische zorg in de Nederlandse praktijk en naar de bekostiging van de chronische zorg in de buitenlandse praktijk. Op basis van de gevonden literatuur en theorie wordt (a) een conceptueel model en een topic lijst ontworpen. Met behulp van dit conceptuele model en de topic lijst worden open interviews afgenomen bij experts (b). De resultaten van deze interviews worden geanalyseerd (c) en op basis van deze resultaten en de informatie van de andere twee kennisbronnen wordt kennis en inzicht verschaft in de organisatievoorwaarden en -kenmerken, en met name financiële prikkels, die bijdragen aan de realisatie van de Triple Aim voor een chronisch zorgnetwerk in Nederland (beantwoording vraagstelling) (d). Op basis van deze kennis en inzichten worden tenslotte aanbevelingen gegeven voor verschillende actoren binnen- en buiten een chronisch zorgnetwerk (e).



Afbeelding 1.2. Onderzoeksmodel

1.5. Begrippenkader

In dit onderzoek worden verschillende begrippen en definities gebruikt, die in onderstaande paragrafen nader worden toegelicht.

1.5.1. Chronische aandoening en chronische zorg

Er zijn verschillende definities bekend voor een chronische aandoening, die veel overlap vertonen. In dit onderzoek wordt met een chronische aandoening een aandoening bedoeld die aan de volgende vijf kenmerken voldoet (Schrijvers, 2014):

1. Bij een chronische aandoening heeft de patiënt geen uitzicht op volledig herstel (de aandoening is irreversibel) en de aandoening is langdurig aanwezig. De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) spreekt van langdurig indien een aandoening langer dan drie maanden voortduurt (WHO, 2015);
2. De aandoening verergert geleidelijk. De verergering ofwel progressie van de aandoening kan soms jaren duren;
3. Regelmatig treden aanvallen op (in het Engels: relapses). Oorspronkelijk betekende het woord chronisch niet langdurig maar vaak terugkerend;
4. Patiënten beleven de aandoening wisselend. Op slechte dagen voelen chronische patiënten zich ziek en op goede dagen merken zij niets of nauwelijks iets van de aandoening. Om die reden is de term chronische aandoening (Engels: chronic conditions) meer passend dan chronische ziekten (Engels: chronic diseases);
5. Er is een grote diversiteit aan chronische aandoeningen. Er bestaan veel voorkomende chronische aandoeningen, maar ook zeldzame die vaak onderbelicht blijven.

Met de term *chronische zorg* wordt binnen dit onderzoek de zorg voor de mensen met chronische aandoeningen bedoeld, zoals hierboven beschreven. Chronische zorg omvat ook onderdelen van preventie, eerste- en tweedelijnszorg, acute- en langdurige zorg. Voor de zorg van mensen met een chronische aandoening wordt veelal de *Triple Aim* nagestreefd.

1.5.2. Triple Aim

Berwick en collega's (Berwick et al., 2008) gebruikten als eersten de term Triple Aim. In een spraakmakend artikel in 2008 brachten zij de door Institute for Healthcare Improvement zes

vastgestelde doelen van de zorg (veilige, effectieve, patiëntgerichte, tijdige, doelmatige en voor iedereen toegankelijke zorg) terug naar een drievoudige doelstelling: de Triple Aim.

1. Het eerste doel, het verbeteren van de gezondheid van de populatie, leunt op de definitie van Huber: 'het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven' (Huber, 2010).
2. Bij het tweede doel, het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg, gaat het om
1. proceskwaliteit; 2. structuurkwaliteit en 3. uitkomstkwaliteit gedefinieerd door Donabedian (1988), waarbij de focus ligt op de uitkomstkwaliteit (zie bijlage 1.1. voor een nadere toelichting van deze begrippen).
3. Het derde doel betreft lagere/gelijkblijvende kosten per hoofd van de bevolking. Het gaat hierbij om kosten zonder de invloed van inflatie oftewel om kosten tegen constante prijzen. In de Triple Aim aanpak staan niet de kosten per product maar juist de kosten per verzekerde centraal. Bij kosten per verzekerde komt bij verzekeraars het begrip financiële klantwaarde aan de orde; het verschil tussen opbrengsten en kosten per verzekerde en per periode. Deze klantwaarde is positief als de opbrengsten hoger zijn dan de kosten en negatief als dat andersom geldt. Het verschil tussen opbrengsten en kosten wordt 'contribution margin' genoemd.

Bij de uitkomsten van kwaliteit wordt in de praktijk van de chronische zorg steeds vaker gekeken naar het realiseren van de *klantwaarden*, gebaseerd op de strategie van 'Value Based Health Care' van Porter (Porter & Teisberg, 2006)

Klantwaarden: Value Based Health Care

In de kern zit het maximaliseren van de waarden van patiënten: de beste uitkomsten bereiken tegen de laagste kosten (Porter & Teisberg, 2006). Er moet worden afgestapt van een gezondheidssysteem dat gebaseerd is op het leveren van zorg georganiseerd rondom het werk van de arts, maar toewerken naar een patiënt georiënteerd systeem georganiseerd rondom wat de patiënt nodig heeft. De focus moet worden verlegd van volume en winstgevendheid van geleverde diensten (bezoeken van artsen, ziekenhuisopnamen, procedures en onderzoek) naar de te behalen uitkomsten voor de patiënt. En tenslotte moet het huidige gefragmenteerde systeem waarin iedere lokale zorgaanbieder een volledig dienstpakket aanbiedt, worden vervangen door een systeem waarin diensten voor specifieke medische aandoeningen zijn geconcentreerd in gezondheidszorgorganisaties op de juiste locaties om zodoende hoogwaardige zorg te leveren. De strategie om naar een hoogwaardig systeem voor het leveren van zorg te gaan omvat zes van elkaar afhankelijke onderdelen: 1. organiseren van geïntegreerde praktijk units; 2. meten van uitkomsten en kosten voor elke patiënt; 3. bewegen naar bekostiging per bundel voor zorgcycli; 4. integreren van zorgaanbod uit separate faciliteiten; 5. geografische uitbreiding van excellente diensten en voor dit alles 6. bouw een ondersteunend informatie technologie platform (zie bijlage 1.2.).

Voor het realiseren van de Triple Aim is *interprofessionele samenwerking* van groot belang.

Interprofessionele samenwerking

Vanaf de introductie van het concept 'eerste lijn' in de jaren zestig van de vorige eeuw staat multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn centraal (Schrijvers, 2014). In 2005 publiceerde d' Amour en collega's (D'Amour et al., 2005) in hun literatuurstudie vijf voorwaarden voor samenwerking tussen professionals: 1. delen van verantwoordelijkheden; 2. partner zijn; 3. wederzijdse afhankelijkheid; 4. delen van macht en 5. ontwikkelingsproces. (zie bijlage 1.3.)

Interprofessionele samenwerking in de chronische zorg is onderzocht door de Canadese onderzoekers Butt en collega's (Butt et al., 2008) (zie bijlage 1.4.). Zij concludeerden dat samenwerking vaak mislukt omdat deze 1. complex is; 2. het tijd kost om deze op te zetten; 3. samenwerking inzet vraagt van tijd en geld en 4. de besluitvorming tussen partners niet goed te formaliseren is. Holmesland (Holmesland et al., 2010) en Kilgore & Lanford (Kilgore & Langford, 2010) voegen aan de bovengenoemde inzichten in samenwerking toe dat wederzijds vertrouwen en wederzijds begrip ook belangrijke factoren voor een goede

samenwerking zijn. Ten slotte geeft Bronstein (2003) aan dat flexibiliteit in een samenwerkingsrelatie van groot belang is. Want professionals moeten toestaan dat andere professionals zich af en toe op hun terrein begeven en moeten zelf waar nodig buiten hun eigen domein kunnen en willen werken.

Deze interprofessionele samenwerking is, zoals hierboven al benoemd, belangrijk voor de realisatie van de Triple Aim. Berwick (Berwick et al., 2008) is ervan overtuigd dat hierbij een *integrator* onmisbaar is.

Integrator

Een integrator is een organisatie die verantwoordelijkheid krijgt en regie neemt over alle drie de doelen van de Triple Aim voor een specifieke populatie (Berwick et al., 2008). Een integrator kan per definitie geen personen of subgroepen van een populatie uitsluiten waarvoor zij verantwoordelijk is. De meest eenvoudige vorm van een integrator verzorgt de integrale bekostiging en neemt volledige eigendom van of heeft een exclusieve relatie met het netwerk van zorgaanbieders. Een andere invulling van de rol van een integrator is ook mogelijk, zelfs zonder eendrachtige bekostiging. Deze rol zou in het bereik kunnen liggen van een sterke, visionaire zorgverzekeraar, een grote eerstelijnszorggroep of zelfs een ziekenhuis met enkele aan haar verbonden artsengroepen.

Bij het uitvoeren van zorg zal een effectieve integrator linksom of rechtsom zorginstellingen, wiens missies ten aanzien van het verlenen van zorg overlap met elkaar vertonen, met elkaar in verbinding brengen. Een integrator is in staat om de individuele zorgbehoefte en voorkeuren van patiënten, de gezondheidsbehoeften en -kansen van de bevolking en de totale kosten van gezondheidszorg, te herkennen en beantwoorden. De belangrijke taak om zorginstellingen met elkaar te verbinden, vereist dat de integrator een organisatie is die zorgaanbieders ertoe kan bewegen om systematisch samen te werken voor een specifieke populatie.

In de meeste gevallen zal een integrator niet de directe verstrekker zijn van al de nodige dienstverlening. In plaats daarvan zal het sommige diensten afnemen van andere aanbieders door middel van relaties die bewust zijn gecreëerd om het streven naar de Triple Aim te faciliteren. Michael Porter en Elizabeth Teisberg (Porter & Teisberg, 2006) hebben opgeroepen tot een herdefiniëring van de concurrentiekracht in de gezondheidszorg. Zij beweren dat klantwaarde wordt toegevoegd door zorg te verlenen die de beste uitkomsten genereert tegen de laagste kosten over een langere termijn. Als de logica van een integrator wordt gevolgd, dan zal zij een multifunctionele groep van zorgaanbieders contracteren om een specifieke subpopulatie te bedienen.

Integrators kunnen diverse functies vervullen welke in bijlage 1.5. zijn weergegeven.

Binnen de zorg voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen is het van belang dat zij de Triple Aim weten te realiseren en daarbij de transmurale, *integrale* en *geïntegreerde zorg* verbeteren.

1.5.3. Integrale zorg

Met integrale zorg wordt bedoeld op zorg gericht op de individuele behoeften van de patiënt, waarbij professionals al dan niet uit verschillende sectoren of van verschillende organisaties, hun activiteiten zo veel mogelijk op elkaar afstemmen zodat er een samenhangend aanbod rond de patiënt of cliënt is. Belkadi (2006) noemt als gemeenschappelijke kenmerken van de verschillende vormen van integrale zorg 1. de multidisciplinaire samenwerking; 2. het belang van kennisoverdracht tussen zorgverleners; 3. richtlijnen en 4. protocollen. Daarnaast heeft een gespecialiseerd verpleegkundige vaak een centrale plaats in het zorgproces en besteedt deze structureel aandacht aan educatie van patiënten. Kort gezegd: een holistische benadering.

Een stap verder gaat het concept van *integrated care*.

1.5.4. Geïntegreerde zorg (integrated care)

De letterlijke vertaling van 'integrated care' is geïntegreerde of integrale zorg, termen die door elkaar worden gebruikt, maar net iets anders betekenen. Door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO, 2015) is een werkdefinitie voor 'integrated care' opgesteld: een concept dat de input, de levering, het management en de organisatie van diensten, nodig voor diagnostiek, behandeling, zorg, rehabilitatie en gezondheidsbevordering bij elkaar brengt. Integratie is een middel ter verbetering van diensten in relatie tot toegang, kwaliteit, gebruikerstevredenheid en efficiëntie.

Er kan sprake zijn van horizontale of verticale integratie (Huijben, 2011). Verticale integratie is een situatie waarin componenten van een keten van voorzieningen in één organisatie worden samengebracht. In de gezondheidszorg gaat het dan meestal om het samengaan van zorgaanbieders uit verschillende echelons in het zorgproces of het samengaan van een financier (zorgverzekeraar) en zorgaanbieder(s) in één organisatie. Van horizontale integratie is sprake als gelijkwaardige niveaus van zorg worden gecombineerd.

Om tot volledige integratie te komen zijn volgens Ramsay & Fulop (2008) de volgende zes elementen van belang; 1. klinische integratie; 2. service integratie; 3. organisatorische integratie; 4. functionele integratie; 5. normatieve integratie en 6. systeemintegratie.

Essentieel in 'integrated care' is het combineren van verschillende delen tot één samenhangend geheel, volledige integratie, terwijl het bij ketenzorg gaat om de afstemming of coördinatie van de delen (de keten). Waar bij de keten de coördinatie rondom één aandoening wordt afgestemd, kan bij 'integrated care' de zorg voor meer dan één aandoening als één samenhangend geheel worden geleverd (Vrijhoef & Steuten, 2005a). 'Integrated care' grijpt in op het gehele spectrum van dienstverlening in de zorg inclusief gezondheidsbevordering, maar overschrijdt niet de grenzen van de gezondheidssector. Managementstrategieën, organisatiestructuren en beheerssystemen worden vaak naast elkaar ingezet ter realisatie van 'integrated care'. In een volledig geïntegreerd zorgsysteem vindt zowel operationele als financiële integratie plaats zodat de continuïteit in het primaire proces gegarandeerd kan worden.

In 2008 heeft het kabinet Balkenende IV (ministerie van VWS, 2008) als reactie op de inefficiënties van de verschillende zogenoemde 'schotten in de zorg' en de wens om tot meer integratie van zorg te komen, gekozen voor een *programmatische aanpak* van de zorg voor mensen met een chronische aandoening.

1.5.5. Programmatische aanpak

De programmatische aanpak (ministerie van VWS, 2008) stuurt naar de ontwikkeling van een goed georganiseerde en geïntegreerde eerste lijn. De programmatische aanpak heeft de volgende kenmerken:

1. Er is sprake van multidisciplinaire samenwerking. Er komt onderlinge afstemming en een duidelijke coördinatiefunctie. De patiënt mag geen hinder ondervinden van loketten, lijnen of (financiële) schotten;
2. Ontwikkeling van zorgstandaarden. Hierdoor wordt duidelijk waar goede zorg voor een specifieke aandoening minimaal aan moet voldoen, gezien vanuit het patiëntenperspectief;
3. De patiënt staat centraal. De patiënt heeft zelf regie en eigen verantwoordelijkheid. De zorg is vraaggericht (maatwerk) en vindt zoveel mogelijk plaats in de eigen omgeving van de patiënt;
4. Meer samenhang tussen preventie en curatie. Er komt een sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, (geïndiceerde of zorg gerelateerde) preventie, behandeling, verpleging/verzorging en zelfmanagement.

Tegelijkertijd met de ontwikkeling van de programmatische aanpak is een landelijk dekkend netwerk van *zorggroepen*, als zijnde *hoofdcontractanten*, ontstaan.

1.5.6. Zorggroepen

Zorggroepen zijn organisaties van overwegend eerstelijnszorgaanbieders die, als *hoofdcontractant*, met zorgverzekeraars en *subcontractanten* contracten sluiten om de chronische zorg, veelal huisartsenzorg in een bepaalde regio te coördineren en eventueel uit te voeren (NZa, 2014a).

1.5.7. Hoofdcontractant en subcontractanten

De hoofdcontractant, oftewel hoofdaannemer, maakt contractuele afspraken met de financier(s) en is in die zin verantwoordelijk voor de gecontracteerde prestatie. De hoofdcontractant kan bij het leveren van de prestatie middels onderlinge dienstverlening gebruik maken van één of meer onderaannemers oftewel subcontractanten.

De onderzoekers gebruiken veelal de termen hoofdcontractant en subcontractant, waar de geïnterviewde experts met name spreken over respectievelijk hoofdaannemer en onderaannemer, waarmee hetzelfde wordt bedoeld.

Voor de term *chronisch zorgnetwerk*, als organisatietype voor de chronische zorg, wordt door de onderzoekers onderstaande beschrijving gehanteerd.

1.5.8. Chronisch zorgnetwerk

Een chronisch zorgnetwerk, oftewel een zorgnetwerk voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen, is een organisatietype voor de chronische zorg. Het wordt door de onderzoekers als volgt beschreven: een netwerk van actoren uit de nulde, eerste en tweede lijn, die de realisatie van de Triple Aim nastreven. Zie voor een uitgebreide beschrijving paragraaf 7.1.

Binnen dit onderzoek wordt gezocht naar *organisatievoorwaarden en -kenmerken* met focus op *financiële prikkels*, die bijdragen aan de Triple Aim voor een chronisch zorgnetwerk.

1.5.9. Voorwaarden en kenmerken

Voorwaarde: omstandigheid die noodzakelijk is, wil iets anders plaats hebben (Wikipedia, 2016). Het is niet beïnvloedbaar door actoren. Het is een vaststaand gegeven, dat wordt bepaald door de omgeving.

Kenmerk: iets waaraan je iets of iemand kunt herkennen (Wikipedia, 2016). Het is door actoren beïnvloedbaar;

- **Prikkel:** een verandering in de uitwendige of inwendige omgeving waarop een organisme reageert (Wikipedia, 2016), oftewel een kenmerk dat gedrag beïnvloedt.

Organisatie: een doelgerichte samenbundeling van kennis, vaardigheden en kracht tussen drie of meer personen die primair middelen en activiteiten aanwendt om te voorzien in de behoefte aan producten en/of diensten in haar omgeving (Wikipedia, 2016). Verdeling en coördinatie van taken zijn hierbij van belang.

- **Actor:** persoon die een handeling verricht en daarmee een proces beïnvloed (Wikipedia, 2016) binnen een organisatie.

Organisatievoorwaarden en *organisatiekenmerken* van een chronisch zorgnetwerk hebben betrekking op de brede samenhang van taken, verantwoordelijkheden en relaties van de verschillende actoren binnen het chronisch zorgnetwerk.

Financiële voorwaarden, *financiële kenmerken* en *financiële prikkels* van een chronisch zorgnetwerk hebben betrekking op de betaling en de ontvangst van financiële middelen.

- Financiële voorwaarden zijn organisatievoorwaarden die actoren van een zorgnetwerk niet kunnen beïnvloeden zoals bijvoorbeeld de Zvw en andere wetten.
- Financiële kenmerken zijn organisatiekenmerken en hebben betrekking op de in- en uitgaande geldstromen van een chronisch zorgnetwerk;
 - Een financiële prikkel is een financieel kenmerk dat het gedrag van actoren van het chronisch zorgnetwerk beïnvloedt.

Steeds vaker wordt in Nederland de discussie gevoerd over de *bekostiging* en *financiering* van zorg voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen.

1.5.10. Bekostiging en financiering

De bekostigingsstructuur is één van de organisatievoorwaarden van een chronisch zorgnetwerk, waarbij de invulling van de bekostiging een financieel kenmerk betreft.

De term bekostiging verwijst naar de wijze waarop de zorgaanbieders worden betaald voor de prestaties die ze verrichten, de geleverde zorg (Schut & Rutten, 2012). In de Nederlandse gezondheidszorg is dit grotendeels vastgelegd in de regels (NZa, 2015d) die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt; dit in relatie tot beleidsmatige aanwijzingen van de minister en/of de staatssecretaris van VWS. Die regels betreffen a) de soorten zorgprestaties die zorgaanbieders en -verzekeraars kunnen afspreken en b) de maximumtarieven van die prestaties.

De termen bekostiging en betaling worden in de dagelijkse praktijk vaak door elkaar gebruikt. De onderzoekers maken hier melding van in het nawoord (zie hoofdstuk 8).

De term financiering duidt op bronnen van waaruit de zorgverzekeringen of voorzieningen worden gerealiseerd (Schut & Rutten, 2014). Anders gezegd: de inkomsten van het systeem. Financiering van de gezondheidszorg in Nederland berust overwegend op premies, ingebed in collectieve regelingen. Zorguitgaven worden in Nederland via zes kanalen gefinancierd:

1. Wet langdurige zorg (Wlz);
2. Zorgverzekeringswet (Zvw);
3. Gemeenten en provincies via bijvoorbeeld de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Wet publieke gezondheid (Wpg);
4. Bijdragen ten laste van de rijksbegroting;
5. Aanvullende verzekeringen en
6. Eigen betalingen van zorggebruikers.

Mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen maken aanspraak op verschillende voorzieningen uit bovengenoemde wetten. In hoofdstuk 4 wordt uitgebreid stilgestaan bij de bekostiging van de chronische zorg vanuit de Zvw. Onderstaand wordt ingegaan op de Wmo, Wlz en Wpg, die ook voor de chronische zorg van belang zijn (Vries & Kossen, 2014).

Wet langdurige zorg

Met ingang van 2015 is de Algemene wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) opgehouden te bestaan. De AWBZ voorzag sinds 1968 in de langdurige zorg voor ouderen, mensen met een chronische aandoening en gehandicapten. Voor de AWBZ is een nieuwe wet in de plaats gekomen: de Wet langdurige zorg (Rijksoverheid, 2015b). De nieuwe wet is bedoeld voor mensen die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen en die zeer zware en intensieve zorg nodig hebben. Mensen met een chronische aandoening die gebruik maken van de Wlz hebben 24 uur per dag, zeven dagen per week zorg en toezicht nodig. Onder de nieuwe Wlz vallen onder andere verzorgd worden en wonen in een verpleeghuis (dit wordt verblijf genoemd). Verder vallen onder de nieuwe wet gespecialiseerde Wlz (voorheen AWBZ) behandelingen waar volwassenen met beperkingen vaardigheden leren. De (chronische) zorg, die onder de AWBZ viel, is deels verschoven naar de Zvw, de Wmo en de nieuwe

Jeugdwet. Verpleging en verzorging thuis zijn vanuit de AWBZ verschoven naar de Zvw. Deze vorm van thuiszorg wordt vanaf 2015 geboden in de vorm van wijkverpleging. Een wijkverpleegkundige speelt ook bij mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen een belangrijke rol. Wijkverpleegkundigen komen aan huis om mensen te verplegen en te verzorgen.

Wet maatschappelijke ondersteuning

De Wmo valt onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Zij zijn met ingang van 2015 verantwoordelijk voor de zorg, hulp en ondersteuning die mensen in staat stelt zelfstandig te wonen en mee te doen (participeren) in de maatschappij (Rijksoverheid, 2015a). Het is een flinke verandering die inhoudt dat begeleiding en dagbesteding voor mensen, die geen zware en intensieve vormen van (chronische) zorg nodig hebben, voortaan onder de Wmo vallen. Voor gemeenten betekent deze verantwoordelijkheid dat zij deze maatschappelijke ondersteuning moeten betalen en organiseren, en dat zij toezicht moeten houden op de kwaliteit ervan. In de Wmo is vastgelegd dat gemeenten maatschappelijke ondersteuning moeten regelen, maar niet hoe zij dit moeten doen. Gemeenten hebben ruimte om hun eigen beleid te voeren.

Wet publieke gezondheid

De Wet publieke gezondheid (Wpg) regelt de organisatie van de openbare gezondheidszorg, de bestrijding van infectieziektecrises en de isolatie van personen/vervoermiddelen die internationaal gezondheidsgevaaren kunnen opleveren (Rijksoverheid, 2008). Ook regelt de wet de jeugd- en ouderengezondheidszorg. De Wet publieke gezondheid vervangt sinds 2008 de Infectieziektenwet, de Wet collectieve preventie volksgezondheid en de Quarantainewet.

1.6. Leeswijzer

Deze leeswijzer geeft de structuur aan van dit onderzoek om de samenhang tussen de verschillende hoofdstukken te verduidelijken.

Hoofdstuk één presenteert de inleiding en schetst de context met daarbij de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek. Het bevat de vraagstelling en toont de vier deelvragen waarop de onderzoekers aan de hand van drie kennisbronnen te werk gaan, te weten theorie, literatuur en experts. Ook wordt in dit hoofdstuk het onderzoeksmodel en een begrippenkader weergegeven. In *hoofdstuk twee* wordt de onderzoeksopzet, met aandacht voor de wijze van selectie van de databronnen, het onderzoeksinstrument, de dataverzameling en –analyse beschreven. Informatie over de validiteit en betrouwbaarheid van dit kwalitatieve onderzoek worden in dit hoofdstuk eveneens beschreven. *Hoofdstuk drie* geeft vanuit de theorie antwoord op de eerste deelvraag betreffende diverse organisatietypen voor zorg voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen. *Hoofdstuk vier* laat vanuit de literatuur een terugblik naar de historie van de bekostiging zien en geeft tevens de huidige bekostiging voor de chronische zorg weer in de eerste- en de tweede lijn in Nederland, als antwoord op deelvraag twee. *Hoofdstuk vijf* toont de bekostiging van de chronische zorg in de buitenlandse praktijk, wederom benaderd vanuit de literatuur en met de focus op de verschillende financiële prikkels om deelvraag drie te kunnen beantwoorden. *Hoofdstuk zes* geeft de resultaten van het empirisch onderzoek weer, waarin de experts letterlijk ‘aan het woord zijn’. De laatste deelvraag wordt hiermee beantwoord. In *hoofdstuk zeven* zijn de resultaten van de expert interviews, in het licht geplaatst van de eerder opgedane kennis van de theorie en de literatuur, om de vraagstelling te beantwoorden. Om uiteindelijk op grond daarvan de aanbevelingen aan de verschillende actoren binnen en buiten een chronisch zorgnetwerk te presenteren. In *hoofdstuk acht* wordt in het nawoord stilgestaan bij een aantal beperkingen van dit onderzoek en worden suggesties gegeven voor een eventueel vervolgonderzoek. De literatuurlijst, weergegeven in *hoofdstuk negen*, bevat de bronnen waaraan gerefereerd wordt en *hoofdstuk tien* sluit af met de bijlagen, die qua nummering corresponderen met de betreffende hoofdstukken waaraan deze gelieerd zijn.

2. Onderzoeksopzet

2.1. Soort onderzoek

Het onderwerp van dit onderzoek betreft een complex geheel en is voortdurend aan ontwikkelingen en veranderingen in het zorgveld onderhevig. Om dit nader te exploreren is gekozen voor een kwalitatief onderzoek dat bestaat uit een aantal deelstudies, zoals aangegeven bij de vier deelvragen in paragraaf 1.3.3.

2.2. Selectie van databronnen

2.2.1. Literatuur en theorie

Binnen dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen theorie en literatuur. Enerzijds theoretische beschouwingen over de organisatietypen van de chronische zorg en anderzijds literatuur over de bekostiging van de chronische zorg in de praktijk.

Als basis voor de theoretische beschouwingen en de literatuur over de chronische zorg in de Nederlandse en buitenlandse praktijk is gebruik gemaakt van de handboeken van Rosendal (Rosendal, Ahaus, Huijsman & van Raad, 2009) en Schrijvers (Schrijvers, 2014). De onderzoekers zijn van mening dat de organisatie van de chronische zorg tot 2014 hierin goed staat beschreven. Daarnaast wordt voor de theorie en de literatuur over de bekostiging van de Nederlandse en buitenlandse praktijk, gebruik gemaakt van een recent verschenen onderzoeksrapport van Eijkenaar en Schut (2015).

Met behulp van bovenstaande bronnen en de publicaties, aangedragen door de geïnterviewde experts, wordt vervolgens met behulp van de sneeuwbalmethode gezocht naar andere relevante publicaties.

Voor het onderzoek van de theorie en literatuur zijn de volgende kaders toegepast:

- De bronnen worden onderzocht voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoening(en), waarbij leefstijlfactoren een belangrijke rol spelen. Het betreft de aandoeningen: Diabetes Mellitus type II (DM II), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en daarnaast mensen met (risico op) cardiovasculaire aandoeningen; in dit onderzoek samengevat als mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen;
- De bronnen moeten beschikbaar zijn in het Engels of Nederlands en niet verder teruggaan dan het jaar 2005;
- Alleen bronnen die betrekking hebben op de organisatie van de chronische zorg voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoening in Amerika, Duitsland, Engeland en Nederland worden onderzocht;
- De verschillende kwaliteitsmodellen voor chronische zorg worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten, zoals het model van de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ), het managementmodel van het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK) en het kwaliteitskader Ketenzorg (KKZ). Deze modellen beschrijven namelijk niet de organisatie van de chronische zorg maar een uitkomst daarvan: de kwaliteit.

2.2.2. Empirisch onderzoek

Voor het empirisch onderzoek zijn verschillende experts benaderd. Experts zijn binnen dit onderzoek gedefinieerd als inhoudsdeskundigen, op het gebied van leveren/aanbieden, organiseren en/of bekostigen van zorg voor mensen met chronische aandoeningen.

Er heeft een steekproeftrekking naar experts plaats gevonden op basis van de zich tijdens het onderzoek ontwikkelende theorie, 'theoretical sampling' (Boeije, 2014), waarbij onderscheid wordt gemaakt in:

- **Beleidsmakers:** experts met gedetailleerde kennis en invloed op de richting en keuzes die de overheid of koepelorganisaties maken op het gebied van de organisatie en bekostiging van de zorg voor mensen met chronische aandoeningen in Nederland;

- *Wetenschappers*: experts met gedetailleerde expertise en ervaring met en door wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de organisatie en bekostiging van de zorg voor mensen met chronische aandoeningen in binnen- en buitenland;
- *Zorgaanbieders*: experts die zorg aanbieden, dan wel als zorgprofessional zelf leveren, aan mensen met chronische aandoeningen;
- *Financiers*: experts met gedetailleerde kennis van, en invloed op, de bekostiging van zorg voor mensen met chronische aandoeningen.

2.3. Onderzoeksinstrument

2.3.1. Literatuur en theorie

Voor het onderzoek naar geschikte literatuur en theorie is gebruik gemaakt van de selectiemethode en bronnen zoals vermeld in paragraaf 2.2.1.

2.3.2. Empirisch onderzoek

Voor het empirisch onderzoek (zoals vermeld in paragraaf 2.2.2.) zijn open expert interviews afgenomen bij geselecteerde personen, waarbij de mate van structurering van het gesprek op het gebied van de inhoud, de formulering, de volgorde van vragen en de antwoordkeuze deels afhingen van het verloop van het gesprek.

De interviews zijn afgenomen aan de hand van een topic lijst, zie bijlage 2.1., met de volgende topics:

1. Programmatische aanpak en zorggroepen;
2. Chronische zorgnetwerken in Nederland;
3. Organisatievoorwaarden en organisatiekenmerken;
4. Financiële prikkels;
5. Stappen realisatie Triple Aim.

De geselecteerde experts zijn waar mogelijk eerst telefonisch benaderd en allen hebben per email een interviewverzoek ontvangen. De werving en selectie van experts is voortgezet totdat er verzadiging (Boeije, 2014) optrad en er geen nieuwe, voor het onderzoek relevante informatie, meer werd verkregen. Van de geselecteerde experts wilde één expert niet deelnemen aan het onderzoek en één expert was in de geplande interview periode op vakantie. Na dertien open interviews onder in totaal vijftien experts (zie bijlage 2.2.) trad verzadiging op.

2.4. Dataverzameling en data-analyse

2.4.1. Literatuur en theorie

Voor de theorie over organisatietypen zijn de chronische zorgmodellen geanalyseerd, zoals beschreven in de handboeken genoemd in paragraaf 2.2.1. De bijbehorende bekostigingsmethoden zijn met name afkomstig uit het onderzoeksrapport, eveneens vermeld in paragraaf 2.2.1.

Met betrekking tot de bekostiging van de chronische zorg in de Nederlandse praktijk is op basis van de eerder genoemde handboeken en het onderzoeksrapport, met behulp van de sneeuwbalmethode, gezocht in verschillende Nederlandse wetenschappelijke bibliotheken en literatuurbronnen afkomstig van overheidsinstanties, naar geschikte publicaties. Voor de bekostiging van de chronische zorg in de buitenlandse praktijk is ook op basis van de bovengenoemde methode gezocht naar relevante publicaties. De focus lag hierbij op de organisatievoorwaarden en -kenmerken, met extra aandacht voor de toegepaste financiële prikkels.

2.4.2. Empirisch onderzoek

Van elk interview is, na toestemming van de betreffende expert, een geluidsopname gemaakt. Na het opslaan van de geluidsopname vond transcriptie van de geluidsopname plaats naar letterlijke tekst. Deze ruwe tekstdata zijn uiteengegemaakt, de verschillende fragmenten geanalyseerd, geordend in thema's en in een samenvatting vastgelegd.

Van elk interview is de samenvatting ter verificatie per email naar de geïnterviewde expert verstuurd, waarbij de objectiviteit van de inhoud en de context zijn getoetst. Eventuele suggesties en/of verbeteringen van de experts zijn verwerkt. Nadat een aantal interviews waren afgenomen, transcriptie had plaatsgevonden, de fragmenten waren geanalyseerd, thema's waren geordend, samengevat en de definitieve data door de experts waren geverifieerd, zijn de relevante vergelijkbare thema's gecodeerd (open coderen (Boeije, 2014)).

Op basis van de uitkomsten van tussentijdse analyses zijn nieuwe experts geselecteerd en geïnterviewd. De uitkomsten uit de tussentijdse analyses gaven richting aan de volgende gesprekken en de data die moesten worden verzameld. De nieuwe data zijn op eenzelfde manier verwerkt en gecodeerd als hierboven beschreven. Er heeft constante vergelijking plaatsgevonden tussen de verzamelde data van de verschillende experts. Daarbij vond axiale codering (Boeije, 2014) plaats door integratie van codes rond centrale categorieën. Deze cycli zijn een aantal keer herhaald.

Tenslotte vond er selectieve codering plaats om met de relevante geïntegreerde gegevens te zoeken naar verbanden tussen de categorieën, die in de fase van het axiaal coderen zijn beschreven, met als doel om de deelvraag van het empirisch onderzoek en de vraagstelling van het onderzoek te kunnen beantwoorden.

Er zijn dertien interviews afgenomen en hierbij zijn in totaliteit vijftien experts geïnterviewd; waaronder vier zorgaanbieders, vijf beleidsmakers, drie wetenschappers en drie financiers. De groep van vijftien respondenten bestond uit twee vrouwen en dertien mannen.

Bij twee instellingen was er sprake van een dubbele afvaardiging. Gezien het feit dat deze experts de vragen hebben beantwoord vanuit de visie van de instelling waarin zij werkzaam zijn en er tussen de afgevaardigden in beide gevallen geen verschil van mening was met betrekking tot de antwoorden, worden zij in de rapportage van de resultaten (zie hoofdstuk 6) als één expert gezien.

Voor de duiding van het aantal experts met gelijklopende antwoorden is in de rapportage de volgende systematiek gehanteerd:

- één of twee experts zijn weergegeven als enkele of bepaalde;
- drie zijn een kleine minderheid;
- vier tot vijf zijn getypeerd als minderheid;
- zes tot zeven zijn geduid als de helft;
- acht en negen zijn getypeerd als meerderheid;
- tien tot twaalf zijn een grote meerderheid en
- dertien zijn alle experts.

In hoofdstuk 6 zijn de resultaten van het empirisch onderzoek zo volledig mogelijk weergegeven en hierbij zijn alleen de meningen en/of citaten van de experts gebruikt. Er is door de onderzoekers geen weging noch waardeoordeel toegekend aan de gegeven antwoorden. Er is daarnaast geen feitelijke check verricht of hetgeen gezegd is ook correct is. De experts worden elk met een eigen letter (A t/m M) in de verslaglegging weergegeven.

2.5. Validiteit en betrouwbaarheid

Voor dit kwalitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van flexibele onderzoeksmethoden van dataverzameling, om deze aan te kunnen passen aan de situatie en om te kunnen

onderscheiden wat waargenomen dient te worden (Boeije, 2014). In dit onderzoek is er sprake van inductieve generaliseerbaarheid (externe validiteit). De variatiedekking is gaandeweg het onderzoek gerealiseerd door gefaseerde theoretische steekproeftrekking. De dataverzameling is afgewisseld met tussentijdse analyses totdat het verzadigingspunt werd bereikt.

De mate van betrouwbaarheid is ook bij dit kwalitatieve onderzoek een bedreiging. De onderzoekers maken in dit onderzoek deel uit van het meetinstrument (verzamelen, analyse en interpretatie van data). De onderzoekers hebben echter volgens de voorschriften van kwalitatief onderzoek het onderzoek op een integere wijze uitgevoerd. De onderzoekers hebben niet het idee dat de waarnemingen systematisch in een bepaalde richting gaan en dit de resultaten heeft beïnvloed. Dit is echter moeilijk te controleren en het feit dat beide onderzoekers werkzaam zijn op het onderzochte gebied, kan niet uitsluiten dat dit het onderzoek mogelijkerwijze heeft beïnvloed. De onderzoekers hebben echter op verschillende manieren de validiteit en daarmee de betrouwbaarheid van het onderzoek proberen te vergroten, onder andere door een samenvatting van de ruwe data en daarna de definitieve data ter verificatie naar de geïnterviewde experts te sturen (member checks en member validatie). Het onderzoek is daarnaast uitgevoerd door een team van twee onderzoekers, een inhoudelijk begeleider (em. prof. dr. A.J.P. Schrijvers) en een begeleider van de MhBA (prof. dr. I.M.B. Bongers) met daarnaast verschillende overall begeleiders. Er is op die manier gestreefd naar intersubjectiviteit en de kans op persoonlijke opvattingen en/of interpretaties is hierdoor verkleind. De onderzoekers hebben getracht zich methodisch zo goed mogelijk te verantwoorden om op die manier de betrouwbaarheid van het onderzoek nog verder te vergroten.

3. Theoretische beschouwing organisatietypen chronische zorg

Deelvraag 1. Welke organisatietypen zijn er bekend voor de chronische zorg?

De afgelopen jaren zijn er verschillende organisatietypen, onder andere chronische zorgmodellen, beschreven om de chronische zorg te optimaliseren. In onderstaande paragrafen komt allereerst de theorie van de meest voorkomende chronische zorgmodellen aan bod, te weten het Disease Management Programma (DMP), het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (OMK) en het Chronic Care Model (CCM) (Schrijvers, 2014). Vervolgens wordt er aandacht besteed aan het Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCCF). Bij de implementatie van de organisatietypen in de praktijk is de invulling van de organisatievoorwaarden, waaronder de bekostigingsstructuur van belang. In paragraaf 3.2. komen dan ook de verschillende basisbekostigingsmethoden aan bod. In bijlage 3.1. is per basisbekostigings-methode weergegeven in welke mate deze bijdragen aan de realisatie van de Triple Aim, op basis van de theorie.

3.1. Chronische zorgmodellen

3.1.1. Disease Management Programma

Het concept Disease Management is afkomstig uit de Verenigde Staten (Vrijhoef & Steuten, 2005b) waar organisaties - zogenaamde Disease Management companies - programma's aanbieden voor patiënten met een chronische aandoening zonder tussenkomst van een zorgaanbieder. Er zijn ondertussen verschillende definities van Disease Management in omloop. In 2009 formuleert Schrijvers (Schrijvers, 2009) de volgende definitie: 'Disease Management consists of a group of coherent interventions designed to prevent or manage one or more chronic conditions using a systematic multidisciplinary approach and potentially employing multiple treatment modalities. The goal of Disease Management is to identify persons at risk for one or more chronic conditions, to promote self management by patients and to address the illnesses or conditions with maximum clinical outcome, effectiveness and efficiency regardless of treatment settings or typical reimbursement patterns.'

De Nederlandse programmatische aanpak, uitgerold door zorggroepen, is mede gebaseerd op de Disease Management Programma's (DMP's) in Duitsland. In Nederland ligt de uitvoering van Disease Management in handen van zorgaanbieders (Cramm et al., 2014). Centraal binnen Disease Management staat de informatieoverdracht aan en door patiënten om gedragsverandering bij hen te bewerkstelligen. Het aangrijpingspunt van zorgvernieuwing is de zorgvrager of patiënt zelf. Door samenhang aan te brengen tussen preventie, eerste- en tweedelijnszorg wil men de hele zorgketen innoveren en de kwaliteit optimaliseren (Donkers & Van Leeuwen, 2005). Methodische educatie en het bevorderen van zelfmanagement bij patiënten en hun familie nemen een prominente plaats in. Het gaat hierbij om een gezamenlijke verantwoordelijkheid van huisartsen, medisch specialisten, paramedici en patiënten zelf, waarbij de zorg zo veel mogelijk wordt uitgevoerd door gespecialiseerde verpleegkundigen (taakherschikking). Hierbij is een centrale aansturing van zowel proces als inhoud en er wordt gewerkt met een programmatische aanpak rondom één specifieke aandoening. De zorg is vooralsnog strikt gereguleerd en biedt weinig ruimte voor maatwerk. De aanpak is bedrijfsmatig, namelijk het adequaat managen van processen, een scherper kostenbewustzijn, het meten van uitkomsten en het voortdurend bewaken van de kwaliteit op basis van feedback over de uitkomsten. Dit vergt grootschaligheid en een robuuste organisatiestructuur met passende ICT- en managementinformatiesystemen (Huijben, 2011). Spreeuwenberg definieerde de onderstaande tien kenmerken (zie afbeelding 3.1.) voor een ideaal Disease Management Programma (Schrijvers et al., 2005).

Kenmerken Disease Management Programma

1. Betrekking op één gezondheidsprobleem en gericht op omschreven (sub)populaties
2. Samenhang tussen de onderdelen betrekking hebbend op preventie en zorg
3. Methodische educatie en bevordering van zelfmanagement
4. Sterk geprotocolleerde en op 'evidence' gebaseerde diagnostiek en behandeling
5. Indeling van patiënten in behandelstromen op grond van subkenmerken
6. Gebruik van scala van managementinstrumentarium voor benchmarking en feedback
7. Grote mate van taakherschikking
8. Gebruik van informatie- en communicatietechnologie
9. Robuustheid en grootschaligheid
10. Centrale sturing en financiering

Afbeelding 3.1. Tien kenmerken Disease Management Programma, bewerkt naar Schrijvers et al., 2005

3.1.2. Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg

Ketenzorg is de resultante van een jarenlange ontwikkeling en zoektocht naar meer samenhang en afstemming in de zorg. Ketenzorg kan worden beschouwd als de vervolgstap op transmurale zorg (samenwerking eerste en tweede lijn) en kan daarnaast worden gezien als een mijlpaal op een lange weg naar steeds verdere integratie van zorg en welzijn. Dit fenomeen brengt niet alleen alle betrokken professionals bijeen, maar legt ook nieuwe verbanden tussen de inhoud, de organisatie en de bekostiging van de zorg. Dat maakt ketenzorg tot een uniek maar tegelijkertijd een complex verschijnsel. Bij ketenzorg vormt de zorgprofessional veelal het primaire aangrijpingspunt (Vrijhoef & Steuten, 2006).

Kenmerkend van ketenzorg is dat het een samenwerkingsverband van actoren betreft die zowel zelfstandig als afhankelijk van elkaar functioneren omdat ze samenhangende handelingen uitvoeren gericht op een gemeenschappelijk doel dat de afzonderlijke actoren niet op eigen kracht kunnen bereiken. Belangrijk element van ketenzorg is de volgtijdelijkheid van de verschillende activiteiten, zoals een keten ook allerlei schakels heeft. Ketenzorg creëert op deze wijze een meerwaarde; het geheel is meer dan de som der delen. Ketenzorg wordt door velen gedefinieerd als 'een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd' (RVZ, 1998).

In 2009 publiceerde de Nederlandse onderzoeker Minkman het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (OMK) (Minkman, Ligthart & Huijsman, 2009). Het model bestaat uit negen elementen die met elkaar samenhangen (zie afbeelding 3.2.). Als alle clusters optimaal ontwikkeld zijn levert de keten optimale kwaliteit van zorg. Daarnaast onderscheidt het model vier ontwikkelingsfasen van ketenzorg voor mensen met een chronische aandoening, te weten: a. initiatief- en ontwerpfasen; b. experiment- en uitvoeringsfasen; c. uitbouw- en monitorfasen en d. verduurzamings- en transformatiefasen. Het OMK van Minkman heeft een groot draagvlak in Nederland, maar in het buitenland is het onbekend.

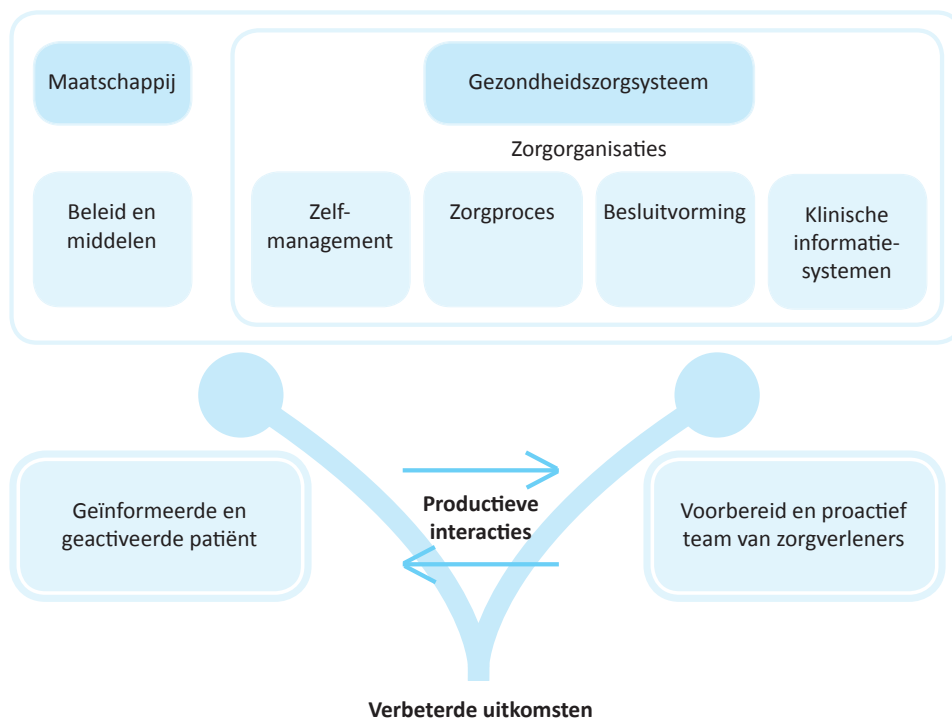
Elementen van Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg

1. Patiëntgerichtheid
2. Ketenregie en logistiek
3. Resultaatmanagement
4. Optimale zorg
5. Resultaatgericht leren
6. Interprofessionele samenwerking voor doelgroepen
7. Rol- en taakverdeling
8. Ketencollegialiteit
9. Transparant ondernemerschap

Afbeelding 3.2. Negen elementen Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg, bewerkt naar Minkman et al., 2009

3.1.3. Chronic Care Model

Het Chronic Care Model (CCM) van de Amerikaanse arts en onderzoeker Edward Wagner (Wagner, Austin & Von Korff, 1996) propageert geïntegreerde zorg. Centraal staat het contact tussen de zorgprofessional en patiënt. Het CCM bevat zes componenten en via een geprogrammeerde proactieve aanpak zijn deze zes componenten met elkaar verbonden. Het Chronic Care Model werkt voor zowel personen met een enkelvoudige aandoening als bij mensen met multimorbiditeit. Het vindt vooral toepassing bij patiënten met Diabetes Mellitus type II (DM II), astma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en mensen met (risico op) cardiovasculaire aandoeningen. De zes componenten van het CCM zijn 1. zelfmanagement bevorderen; 2. herontwerp van het zorgproces; 3. aanwezigheid beslissingsondersteuning; 4. aanwezigheid van een professioneel informatiesysteem; 5. samenhang organisatie; 6. benutten van ondersteuning en hulpmiddelen vanuit de buurt of familie. Een schematische weergave van het model wordt in afbeelding 3.3. weergegeven.

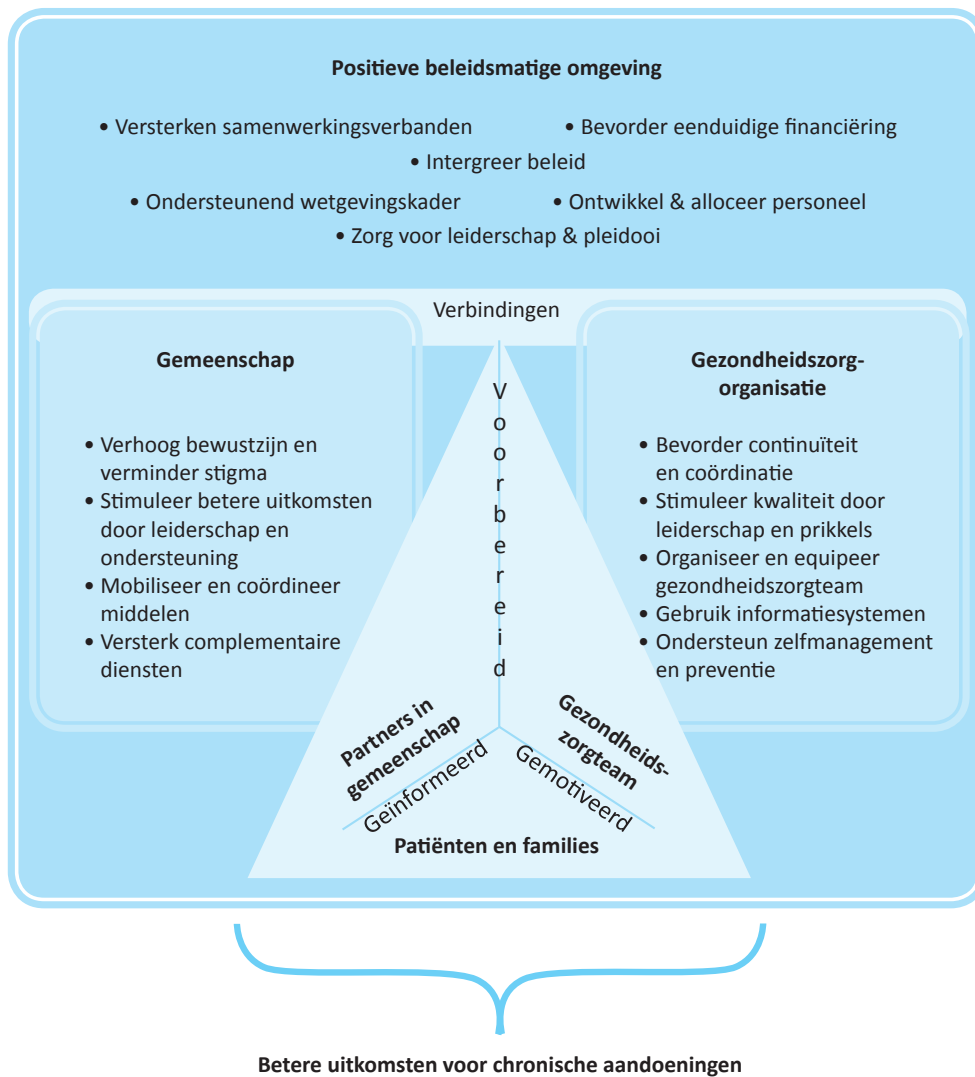


Afbeelding 3.3. Chronic Care Model, bewerkt naar Wagner, 1996

Alle zorgprofessionals hebben een rol in de ondersteuning van zelfmanagement van de patiënt. Dat loopt niet alleen van informeren tot begeleiden, maar kan ook gedragsbeïnvloeding inhouden. Het CCM propageert geen ketenzorg, waarin samenwerking het sleutelwoord is, maar integrated care, ofwel continue zorg die door professionals wordt gecoördineerd en waarvan de onderdelen worden geïntegreerd. Het gaat niet om multidisciplinaire samenwerking, maar om interdisciplinaire integratie van zorg, waarin multimorbiditeit integraal wordt behandeld. Het sociale domein en het maatschappelijk karakter spelen in dit model een belangrijke rol.

3.1.4. Innovative Care for Chronic Conditions Framework

De WHO (WHO, 2002) heeft in 2002 een aangepaste versie van het CCM ontwikkeld: het Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCCF). Het laat de verwevenheid van het concept van integrated care zien in de gerichtheid op uitkomsten op verschillende niveaus van zorgverlening. Het model stelt een aantal bouwstenen voor, die op verschillende niveaus effectief kunnen zijn; op het niveau van een individuele patiënt, van een populatie of van een gezondheidssysteem als geheel. In afbeelding 3.4. is eerst schematisch het ICCCF Framework weergegeven en vervolgens worden de drie niveau's toegelicht.



Afbeelding 3.4. Innovative Care for Chronic Conditions Framework, bewerkt naar WHO, 2002

De drie niveaus van het ICCC Framework:

1. Op **microniveau** is er sprake van een driehoek. Deze bestaat uit a. de patiënt, mantelzorgers en/of familie; b. partners in de gemeenschap en c. het gezondheidszorgteam. Voor mensen met een chronische aandoening kunnen de gewenste resultaten alleen worden bereikt als deze drie actoren betrokken, geïnformeerd, gemotiveerd en goed voorbereid zijn en tenslotte ook in staat zijn tot samenwerken;
2. Op **mesoniveau** zijn de gezondheidszorgorganisaties en de gemeenschap actief. Het gaat hier onder meer om werkers, voorzieningen en informatie. Op dit niveau moet een omgeving worden gecreëerd waarin de driehoek van het microniveau kan functioneren;
3. Op **macroniveau** gaat het om beleid en bekostiging. Dit niveau is nodig om de juiste randvoorwaarden te creëren, waarbinnen zowel de preventie als de bestrijding van een aandoening kunnen plaatsvinden. Het beleid van de overheid is een effectief middel om kaders te stellen en strategieën van overheden zijn erop gericht om de last van chronische aandoeningen te verminderen.

3.2. Bekostigingsmethoden voor de chronische zorg

Bij de analyse van bekostigingsmethoden is een onderscheid mogelijk tussen twee componenten: 1. de basisbekostiging en 2. prestatiebeloning (pay for performance/ uitkomstbekostiging).

3.2.1. Basisbekostigingsmethoden

Basisbekostigingsmethoden kunnen betrekking hebben op één type aanbieder en dat zijn monodisciplinaire basisbekostigingsmethoden (Eijkenaar & Schut, 2015). In de situatie dat er meerdere typen aanbieders zijn, die als collectief worden bekostigd, is er sprake van multidisciplinaire bekostiging.

In beginsel zijn er *vier monodisciplinaire basisbekostigingsmethoden*:

1. *Bekostiging per zorgactiviteit/verrichting (fee for service)*

De meest eenvoudige en wereldwijd van oudsher meest toegepaste basisbekostigingsmethodiek is fee for service. Zorgprofessionals voeren afzonderlijke zorgactiviteiten uit (zoals een consult door een huisarts, een zitting door een fysiotherapeut, een MRI-scan door een radioloog, een echo door een internist, een tweevlaksvulling door een tandarts, etc.) en declareren achteraf de kosten (prijs of tarief).

2. *Bekostiging per zorgbundel per patiënt/ cliënt*

De essentie van bekostiging per zorgbundel per patiënt is dat er een indicatie wordt gesteld op basis van de diagnose van de aandoening/ klacht en dat de betaling afhankelijk is van de indicatie. De bundel betreft een clustering van samenhangende zorgactiviteiten rondom één bepaalde diagnose of behandeling.

3. *Bekostiging per zorgbundel per verzekerde*

Bij een betaling per zorgbundel per verzekerde ontvangt de zorgaanbieder een vast bedrag per persoon per periode voor een vooraf omschreven zorgpakket. Een voorbeeld in Nederland is het 'vroegere' abonnementshonorarium voor huisartsen. Het verschil met bekostiging per patiënt is dat de bundel niet alleen bestaat uit activiteiten die zijn gerelateerd aan een specifieke diagnose en/of behandeling, maar uit een breder scala aan zorg (inclusief preventie).

4. *Vast bedrag per periode (salaris of budget)*

Bij zowel een salaris als een budget is er sprake van een vast bedrag per periode voor een vooraf vastgesteld bepaald takenpakket.

Daarnaast zijn er *twee multidisciplinaire basisbekostigingsmethoden*:

1. *Integrale bekostiging*

Integrale bekostiging werd voorheen functionele bekostiging genoemd. Hierbij vindt de bekostiging niet langer per activiteit (product) plaats, maar per aandoening, per verzekerde of per patiënt/cliënt. Integrale bekostiging gaat uit van de zorgvraag van de patiënt of de aandoening (vraagsturing) en is niet gebaseerd op de hulpverlening of organisatie (aanbodsturing). Sinds 2010 is de mogelijkheid geboden aan zorgverzekeraars om de (vooral eerstelijns-) zorg voor patiënten met DM II, COPD en (risico op) cardiovasculaire aandoeningen integraal te bekostigen, middels een Keten-Diagnose Behandel Combinatie (Keten-DBC).

2. *Populatiebekostiging*

Tot op heden is er geen eenduidige definitie van populatiebekostiging opgesteld. Populatiebekostiging wordt door Eijkenaar en Schut (2015) gedefinieerd als 'een integrale, multidisciplinaire basisbekostiging per verzekerde of burger, ongeacht of deze zorg of diensten afneemt'. KPMG Plexus (2013a) voegt aan deze definitie de eerder genoemde prestatiedimensie toe, door te stellen dat de aanbieder betaald wordt om een vooraf beschreven resultaat te bereiken bij de populatie. De populatie kan bestaan uit een wijk, of uit alle bij een huisartsenpraktijk ingeschreven mensen, of uit alle verzekerden/burgers uit een regio. Het essentiële punt van populatiebekostiging is dat de (zorg)aanbieder het (virtuele) budget beheert, dat uitgaat van een vast bedrag per verzekerde of burger van een omschreven populatie. Dit budget komt tot stand in onderhandeling met de financier(s) (verzekeraar en/of de gemeente). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt in haar

researchpaper over populatiebekostiging in de curatieve zorg (Pomp, 2013) onderscheid tussen een integrale en partiële vorm. Indien populatiebekostiging betrekking heeft op slechts een deel van de zorg, bijvoorbeeld uitsluitend de eerstelijnszorg of uitsluitend de tweedelijnszorg, dan is er sprake van partiële populatiebekostiging. Bij integrale populatiebekostiging dekt het budget zowel de eerste en tweede lijn, maar niet de care. Populatiebekostiging waar ook de care in is opgenomen wordt gezien als een soort van super integrale populatiebekostiging.

De risicodeling bij populatiebekostiging kan op diverse manieren plaatsvinden waarbij vaak gebruik gemaakt wordt van de Engelse termen 'capitation' en 'shared savings' (KPMG Plexus, 2013).

- Bij capitation ontvangt de zorgverlener een vast bedrag per verzekerde per maand of per jaar. Hiervoor moet alle zorg binnen de betreffende tijdsperiode geleverd worden. De term 'alle' is in dit kader niet helemaal correct want vaak gaat het uitsluitend om de ziekenhuiszorg, of juist uitsluitend om de eerstelijnszorg. Bij capitation is sprake van een tweezijdig risico omdat de zorgaanbieders financieel risico lopen over eventuele budgetoverschrijdingen. En als de kosten per verzekerde lager uitkomen, betekent dit winst voor de zorgaanbieders.
- Bij shared savings spreken de betrokken (zorg)aanbieders met de financier(s) af dat zij een deel van de besparingen ten opzichte van een virtueel budget/benchmark mogen behouden. Als benchmark kunnen de historische uitgaven/trend of de uitgaven bij een controlegroep fungeren. Bij shared savings is sprake van een eenzijdig risico omdat de zorgaanbieders geen financieel risico lopen over eventuele budgetoverschrijdingen.

Op basis van de theorie van de verschillende basisbekostigingsmethoden kan er op voorhand, los van de praktijksituatie, een inschatting worden gemaakt of deze bekostigingsmethoden bijdragen aan de realisatie van de Triple Aim voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland. Eijkenaar en Schut (2015) hebben in het recent verschenen onderzoeksrapport een inschatting gemaakt van de bekostigingsmethoden in relatie tot financiële prikkels voor goede uitkomsten van zorg. Deze vijf dimensies van goede zorg zijn een uitgebreide versie van de Triple Aim. De onderzoekers hebben deze versie vertaald naar de basisbekostigingsmethoden in relatie tot financiële prikkels voor de realisatie van de Triple Aim (zie afbeelding 3.5.).

Een uitgebreide beschrijving van hoe de verschillende basisbekostigingsmethoden bijdragen aan de realisatie van de Triple Aim is terug te vinden in bijlage 3.1.

Uit de theorie van de verschillende basisbekostigingsmethoden blijkt dat geen enkele basisbekostigingsmethode op zichzelf in staat is om alle drie de doelen van de Triple Aim te realiseren. Populatiebekostiging lijkt op basis van die theorie de basisbekostigingsmethode met de meeste potentie tot het realiseren van de Triple Aim, mits gekoppeld aan een goede prestatiebeloning.

Schrijvers (2014) is van mening dat een combinatie van financiële prikkels, door middel van 'cappuccino financiering', waarbij alle zorgprofessionals een abonnementstarief of een vergelijkbare grondslag en een kleine betaling per verrichting, ontvangen en als schuim op de cappuccino een betaling voor kwaliteitsverbetering en innovatie, een realisatie van de Triple Aim mogelijk maakt.

Theoretisch bestaat een optimale bekostigingssystematiek, volgens Eijkenaar en Schut (2015) uit twee bouwstenen: 1. een integrale, multidisciplinaire basisbekostiging per verzekerde (populatiebekostiging) en 2. expliciete financiële prikkels voor goede kwaliteit via prestatiebeloning (pay for performance).

Bijdragen realisatie Triple Aim				
		Verbeteren gezondheid populatie	Verbetering ervaren kwaliteit van zorg	Lagere/gelijkblijvende kosten per hoofd van de bevolking
Bekostiging monodisciplinair	Per zorgactiviteit	Negatieve bijdrage	Geen bijdrage	Negatieve bijdrage
	Per zorgbundel per patiënt	Negatieve bijdrage	Geen bijdrage	Negatieve bijdrage
	Per zorgbundel per verzekerde	Positieve bijdrage	Negatieve bijdrage	Negatieve bijdrage
	Vast bedrag per periode	Geen bijdrage	Negatieve bijdrage	Negatieve bijdrage
Bekostiging multidisciplinair	Integrale bekostiging	Geen bijdrage	Positieve bijdrage	Negatieve bijdrage
	Populatie bekostiging*	Positieve bijdrage	Positieve bijdrage	Positieve bijdrage

* Indien adequate prestatiebeloning wordt toegevoegd

Afbeelding 3.5. Bijdragen basisbekostigingsmethoden aan de realisatie van de Triple Aim, bewerkt naar Eijkenaar & Schut, 2015

3.2.2. Prestatiebeloning

In de praktijk is er vaak sprake van een bepaalde prestatiebeloning, zoals pay for performance, gekoppeld aan een basisbekostiging (bijvoorbeeld bij populatiebekostiging). De prestatiebeloning kan worden gebruikt om de basisbekostiging aan te vullen met expliciete financiële prikkels voor kwaliteit en/of kostenbeheersing (Eijkenaar & Schut, 2015). Het principe van een resultaatbeloning is dat de financier betaalt voor een afgesproken resultaat. De prestatiebeloning, een onderdeel van uitkomstbekostiging (ministerie van VWS, 2013a), wordt binnen dit onderzoek gezien als aanvullende bekostiging.

4. Literatuur historische en huidige bekostiging van chronische zorg in de Nederlandse praktijk

Deelvraag 2. Hoe was de historische en hoe is de huidige bekostiging van de chronische zorg in de Nederlandse praktijk?

Mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen ontvangen zorg uit alle zorgdomeinen. De eerste lijn is de verbindende schakel tussen zowel de tweedelijnszorg, de langdurige zorg (Rijksoverheid, 2015b), de maatschappelijke ondersteuning (Rijksoverheid, 2015a) en de publieke gezondheidszorg (Rijksoverheid, 2008). De huidige belemmeringen rondom de praktijk en organisatie van de chronische zorg geven allerlei verwijzingen naar de bekostiging van de chronische zorg (Rosendal et al., 2009; Eijkenaar & Schut, 2015). In onderstaande paragrafen wordt een schets van de historie van de bekostiging en huidige bekostiging van de chronische zorg in eerste en tweede lijn weergegeven, binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet (Rijksoverheid, 2006).

4.1. Historische en huidige bekostiging chronische zorg in de eerste lijn

Tot 2010 waren er voor de zorg van mensen met veel voorkomende chronische aandoeningen in de eerste lijn hoofdzakelijk tarieven per verrichting of per uur per beroepsgroep. Sinds 2010 is de mogelijkheid geboden aan zorgverzekeraars om de (vooral eerstelijns) zorg voor patiënten met Diabetes Mellitus type II (DM II), Chronic Pulmonary Disease (COPD) en (risico op) cardiovasculaire aandoeningen integraal te bekostigen, middels een keten Diagnose Behandel Combinatie (Keten-DBC). De mogelijkheid en methode voor integrale bekostiging is vastgelegd in de beleidsregel 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen' (NZa, 2016b). Uitgezonderd van het ketentarief zijn acute zorg tijdens de Avond-, Nacht- en Weekenduren (ANW-uren), geneesmiddelen, hulp- en verbandmiddelen en eerstelijnsdiagnostiek. Ook onderdelen zoals preventie en verpleging zijn vooralsnog niet hierin opgenomen. Voor de zorg die onder het ketentarief valt sluit de beleidsregel aan bij de landelijke zorgstandaarden. Voor de inhoud van de prestatiebeschrijving verwijst de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar de landelijke zorgstandaarden die voor de chronische aandoeningen zijn opgesteld. Hierbij schrijft de NZa niet exact voor welke zorgonderdelen in de keten moeten worden opgenomen. Het uitgangspunt is dat er één hoofdcontractant is die de prestaties contracteert, zorgdraagt voor zorglevering en het ketentarief declareert. Die hoofdcontractant verdeelt het tarief zelf onder de subcontractanten op basis van onderlinge dienstverlening. Hiervoor moet de hoofdcontractant over de competenties beschikken (of deze hebben gecontracteerd) voor de levering van keten gerelateerde basiszorg. Bij declaraties moet onderscheid worden gemaakt in zorgonderdelen die onder de Zvw vallen en onderdelen die daarbuiten, onder bijvoorbeeld de aanvullende verzekering, vallen.

In het Regeerakkoord van 2012 (Rijksoverheid, 2012) is afgesproken dat op termijn een nieuwe bekostigungsstructuur voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zou worden geïntroduceerd. Per 2015 is dat nieuwe model, het zogenoemde driesegmentenmodel, geïmplementeerd. Dit model zou, meer dan het oude systeem, moeten bekostigen op basis van de zorgbehoefte van de populaties en moeten aanzetten tot doelmatige substitutie, het faciliteren van zorg dichtbij, multidisciplinaire samenwerking en het leveren van zorg van hoge kwaliteit. Een afbeelding van het driesegmentenmodel en een toelichting hierop is weergegeven in bijlage 4.1.

In het Eerstelijnszorgakkoord (Rijksoverheid, 2013a) is de rol voor de huisarts, als regisseur van de zorg in de buurt en als poortwachter voor de tweede lijn, bekrachtigd. Een van de doelstellingen van het eerstelijnszorgakkoord en het driesegmentenmodel was om een betere afstemming van zorg voor de populatie te bewerkstelligen en deze doelstelling kwam

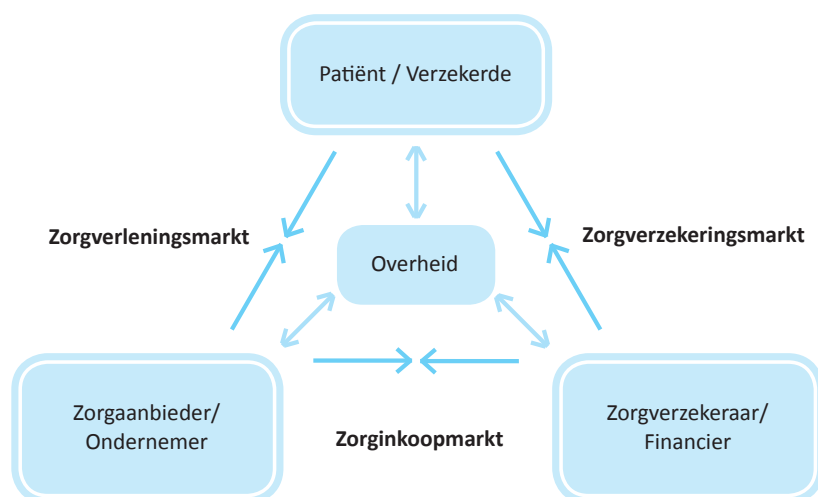
in 2015 in twee aspecten van het driesegmentenmodel tot uitdrukking: 1. in het experimenteren met consultloze bekostiging en 2. in de structuur van de bekostiging van ketenzorg (zie respectievelijk S1 en S2A in bijlage 4.1.). Er is gepleit om de totale ketenzorg voor patiënten met DM II, COPD of (risico op) een cardiovasculair aandoening te bundelen in één prestatie. Een effect hiervan zou moeten zijn dat er één tarief zou komen voor patiënten met twee of zelfs de drie aandoeningen, hetgeen partijen zou stimuleren om naast het gebruikelijke zorgpad ook verder te kijken naar overlap van delen van de zorgpaden voor deze multimorbide patiënten. Voor de convenantspartijen was deze stap per 2015 te groot. Per genoemde datum zijn twee prestatiekoppels gecreëerd: een prestatie waarin DM II en Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM) gekoppeld zijn, en een prestatie waarin COPD gekoppeld is met een (voor de bekostiging) nieuwe keten, astma.

Ondertussen heeft de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH) bij het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBb, 2015) beroep ingesteld tegen de Tariefbeschikking 2015 van de NZa (NZa, 2016a) met betrekking tot het contractvereiste voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. De VPH is het onder andere niet eens met de bepaling dat de huisarts een aantal prestaties alleen in rekening mag brengen als hij eerst met de verzekeraar daarover een overeenkomst gesloten heeft (het contractvereiste). De definitieve uitspraak is inmiddels bekend maar welke eventuele consequenties de recente CBb uitspraak teweeg gaat brengen, is vooralsnog niet bekend. Een toelichting van de CBb uitspraak is terug te lezen in bijlage 4.3.

4.1.1. Ontwikkeling zorggroepen en implementatie programmatische aanpak

In Nederland zijn er in de periode rondom de introductie van de programmatische aanpak en integrale bekostiging zorggroepen opgericht om de zorg voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoening middels een zorgprogramma in te richten en integraal te bekostigen om de Triple Aim te realiseren. Dit heeft er in Nederland toe geleid dat een vrijwel landelijk dekkend netwerk van eerstelijnszorggroepen is ontstaan, met Ineen als brancheorganisatie. De huisartsen, werken multidisciplinair samen met onder anderen praktijkondersteuners, diëtisten, fysiotherapeuten, podotherapeuten, internisten en oogartsen.

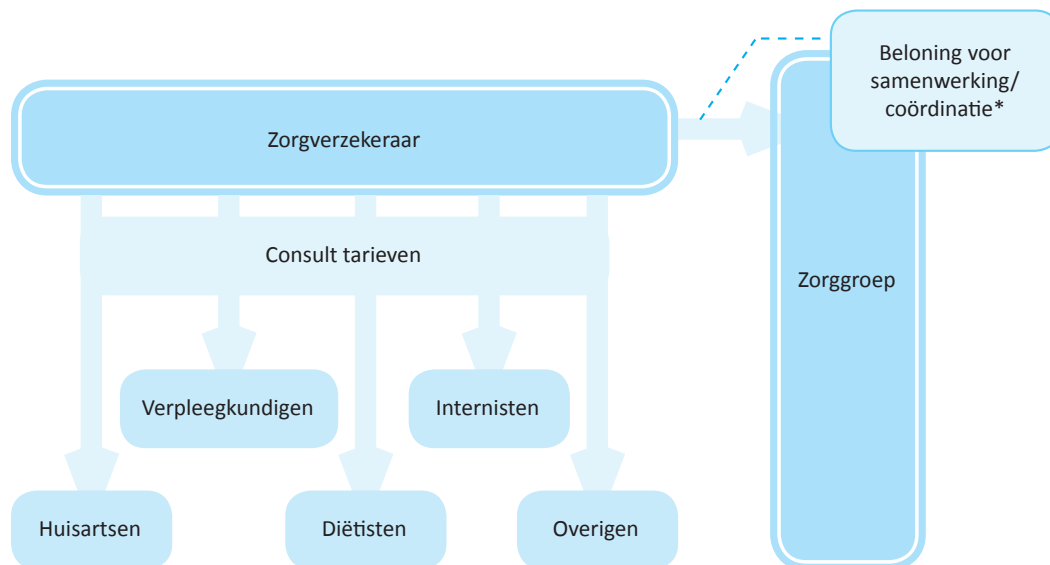
Met de introductie van de integrale bekostiging en oprichting van zorggroepen zijn er nieuwe markten gecreëerd. Afbeelding 4.1. toont schematisch de verhoudingen tussen de verschillende actoren van de markt, die voor het gehele zorgveld van toepassing is.



Afbeelding 4.1. Marktverhoudingen, bewerkt naar Struijs & Ruwaard, 2015

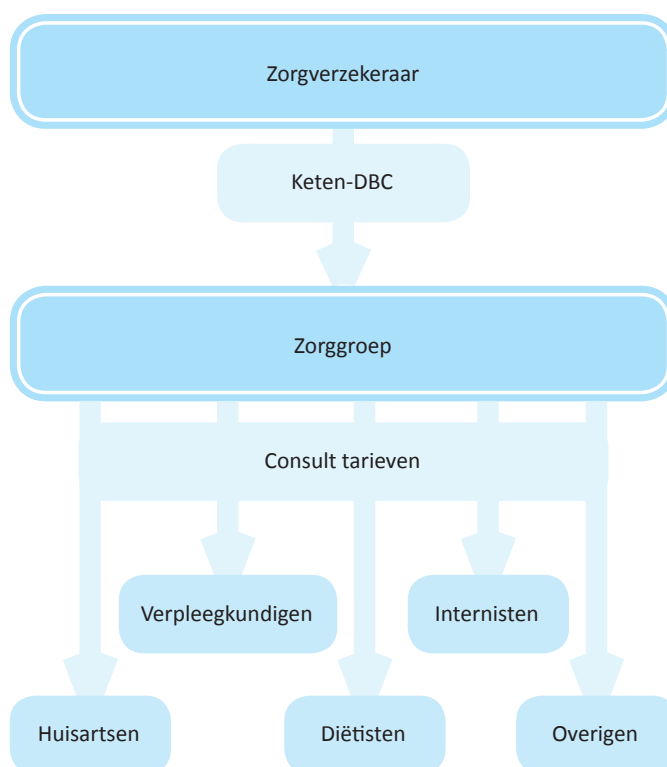
Binnen de nieuwe markt is er ten eerste een markt waarin zorggroepen met zorgverzekeraars onderhandelen, over de prijs en invulling van de zorg voor een deel van de chronische aandoeningen, Ten tweede een markt waarin zorggroepen met subcontractanten onderhandelen over de prijs en kwaliteit van de zorg die niet door de zorggroep zelf wordt geleverd (NZa, 2010).

In de praktijk bestaan hierbij voor zorggroepen twee bekostigingssystemen naast elkaar: 'Losse' bekostiging (zie afbeelding 4.2.) en Keten-DBC's (zie afbeelding 4.3.). In bijlage 4.2. worden deze 'losse bekostiging' en andere bekostigingsmogelijkheden van de chronische zorg nader toegelicht.



*) Vergoeding voor de samenwerkings-/coördinatiekosten via NZa-beleidsregels Innovatie, GEZ en de module M&I

Afbeelding 4.2. 'Losse bekostiging', bewerkt naar NZa, 2010



Afbeelding 4.3. Keten-DBC, bewerkt naar NZa, 2010

Om de markt te laten functioneren zijn diverse maatregelen genomen, waaronder:

1. Een functionele omschrijving van de zorgstandaarden, waarin is vastgelegd wat moet worden gedaan, maar niet wie het uitvoert;
2. Een formulering van de uitvoeringsregels om te grote machtsconcentraties aan de kant van verzekeraars of zorggroepen te voorkomen en de NZa en de Nederlandse Marktautoriteit (NMa) zien toe op naleving van het kartelverbod (NZa, 2010);

3. Een ontwikkeling van regels ten aanzien van transparantie van de geboden zorg om zorgverzekeraars in staat te stellen niet alleen op basis van prijs maar ook op basis van kwaliteit te kunnen contracteren en de NZa haar toezichthoudende rol te kunnen laten uitoefenen;
4. Aansluiting van DBC-zorgproducten in de tweede lijn bij de zorgstandaarden, die zijn overgeheveld naar het B-segment zodat de zorgverzekeraars daar risicodragend voor worden (zie hiervoor paragraaf 4.2.).

De aangeboden zorgprogramma's door zorggroepen hebben het meeste weg van Disease Management Programma's (DMP's), maar bevatten ook onderdelen van het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg en het Chronic Care Model (zie hiervoor paragraaf 3.1.1.). In afbeelding 4.8 van bijlage 4.4. staan de positieve en negatieve effecten en mogelijke verbeterpunten van de programmatische aanpak georganiseerd door zorggroepen. Meer aanvullende informatie over de zorggroepen is terug te vinden in bijlage 4.4.

Informatie over de toegepaste financiële prikkels door zorggroepen is in afbeelding 4.4. weergegeven.

Financiële prikkels zorggroepen	
1. Basisbekostiging hoofcontractant	Integrale bekostiging: • Bekostiging per zorgbundel per patiënt • Overhead tarief voor alle zorgbundels samen
2. Basisbekostiging subcontractanten	• Bekostiging per verrichting / zorgactiviteit • Vast bedrag per periode (salaris) • Bekostiging per zorgbundel per verzekerde (d.m.v. abonnement)
3. Aanvullende bekostiging	Pay for performance: veelal procesindicatoren, waaraan maar een zeer beperkt gedeelte van de beloning is gekoppeld
4. Dekking van zorgbundel	• Zorg voor één aandoening (bij DM II 8% van totale DM II zorgkosten) • Veelal alleen eerstelijnszorg • Geneesmiddelen en tweedelijnszorg, evenals de zorg voor co- en multimorbiditeit zijn hierin niet opgenomen
5. Populatieafbakening	Afbakening populatie op basis van inclusiecriteria van de keten
6. Risicocorrectie	Geen
7. Hoofdcontractant / Risicodragende organisatie	Zorggroep
8. Contractering	Steeds vaker meerjarige contracten (meestal 2 jaar)
9. Risicodeling	Geen
10. Financiële prikkels richting populatie	Geen

Afbeelding 4.4. Financiële prikkels zorgprogramma's georganiseerd door zorggroepen (EIB 2012; NZa 2010)

4.1.2. Chronische zorgnetwerken; proeftuinen VWS

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2013 (ministerie van VWS, 2013b) op voordracht van de zorgverzekeraars negen regionale initiatieven geselecteerd als 'proeftuinen' (Ruwaard, Spreeuwenberg, Kroese & Steevens, 2014; Drewes et al., 2015). Dit om de vraag 'Hoe kunnen we de zorg in Nederland zo organiseren dat kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorg ook voor de toekomst is gegarandeerd?' te kunnen beantwoorden. Of met andere woorden 'hoe kunnen we de Triple Aim realiseren?'

De proeftuinen experimenteren in regionale samenwerkingsverbanden (zorgnetwerken) met populatiemanagement. Op dit moment lopen in Nederland verschillende initiatieven om zorg

en welzijn op wijk- en/of regionaal niveau anders vorm te geven, waarbij ervaring wordt opgedaan met modernere vormen van populatiebekostiging. Het gaat hierbij om 1. Preventieve zorg; 2. Wijk-/regio gebonden karakter; 3. Zorg waarbij heldere afgrensbare diagnoses niet op de voorgrond staan of 4. Zorg voor multimorbiditeit. Hiermee wordt integraliteit van werken over domeinen heen bevorderd en ontstaat er een focus voor preventie. Deze initiatieven zijn breder opgezet dan alleen voor de chronische zorg. In de proeftuinen van VWS nemen veelal eerstelijnszorgorganisaties, ziekenhuizen en zorgverzekeraars deel, soms aangevuld met andere actoren zoals gemeenten.

In afbeelding 4.9 van bijlage 4.5. staan de positieve en negatieve effecten en mogelijke verbeterpunten van de proeftuinen van VWS. Aanvullende informatie over de proeftuinen is terug te vinden in bijlage 4.5. Informatie over de toegepaste financiële prikkels binnen de proeftuinen is weergegeven in onderstaande afbeelding 4.5.

Financiële prikkels proeftuinen VWS	
1. Basisbekostiging hoofcontractant	• Doel populatiebekostiging: bekostiging van afgebakende zorgvormen voor afgebakende populatie • In de praktijk veelal integrale bekostiging
2. Basisbekostiging subcontractanten	• Bekostiging per verrichting / zorgactiviteit • Vast bedrag per periode (salaris) • Bekostiging per zorgbundel per verzekerde (d.m.v. abonnement of budget)
3. Aanvullende bekostiging	• Adequate uitkomstindicatoren zijn bij deze initiatieven veelal niet aanwezig • Bij de meeste initiatieven is de beloning van deelnemende zorgaanbieders niet expliciet gekoppeld aan (meten, handhaven en/of verbeteren van) kwaliteit en/of toegankelijkheid
4. Dekking van zorgbundel	• Zorg voor één aandoening • Veelal alleen eerstelijnszorg • Geneesmiddelen en tweedelijnszorg, evenals de zorg voor co- en multimorbiditeit zijn hierin niet opgenomen
5. Populatieafbakening	Afbakening is: • Geografisch (alle inwoners van één of meerdere gemeenten) • Op basis van het verzorgingsgebied van de betrokken huisarts / deelnemende huisartsen van zorggroep • Verzekerden van de betrokken zorgverzekeraar
6. Risicocorrectie	Nog nader te bepalen
7. Hoofdcontractant / Risicodragende organisatie	• Deelnemende zorgverzekeraars • Nu nog partnerships; netwerken van meerdere actoren zonder dat er sprake is van onderlinge contractuele afspraken en/of juridische entiteiten
8. Contractering	Meerjarencontracten: bij een aantal initiatieven 5 jaar
9. Risicodeling	• Doel shared savings; 1/3 zorgaanbieders en 2/3 financiers (zorgverzekeraar/ gemeente) • In praktijk vaak nog geen overeenstemming bereikt over de verdeelsleutel voor shared savings
10. Financiële prikkels richting populatie	Geen

Afbeelding 4.5. Financiële prikkels proeftuinen van ministerie VWS (Ruwaard et al., 2014; Drewes et al., 2015)

4.2. Historische en huidige bekostiging chronische zorg in de tweede lijn

Sinds eind jaren negentig werd de Medisch Specialistische Zorg (MSZ) op basis van gerealiseerde productie bekostigd (Medisch Specialistische Zorg, 2012). Dit 'boter bij de vis'-principe is vanaf 2005 verlaten en ziekenhuizen declareren niet meer per verrichting maar per Diagnose Behandel Combinatie (DBC) (NZA, 2005). Een DBC is een declarabele prestatie, die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgprofessional stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het in 2005 geïntroduceerde DBC-systeem bleek vrij complex en te uitgebreid. Met ingang van 1 januari 2012 is de medisch specialistische zorg daarom overgegaan naar de DOT-systematiek, deze afkorting staat voor 'DBC's Op weg naar Transparantie' (NZA, 2011). Hierbij zijn de circa 44.000 DBC's vervangen door 4400 DOT-zorgproducten. Project DOT heeft gezorgd voor prestaties die medisch beter herkenbaar zijn en de kosten van een behandeling beter representeren. Een belangrijke wijziging is namelijk de wijze waarop een DOT-zorgproduct wordt bepaald. In de DBC-systematiek registreerde de medisch specialist vóór de start van de behandeling de best passende DBC bij de zorgvraag. In de DOT-systematiek wordt de DBC achteraf bepaald door een landelijk uniform afleidingssysteem (de zogeheten 'grouper') op basis van de aangeleverde diagnose en verrichte zorgactiviteiten.

De DBC-zorgproducten zijn verdeeld in twee segmenten: het A- en B-segment. Voor 30% van deze 4.400 DBC-zorgproducten stelt de NZa een maximumtarief vast (het A-segment) en voor 70% geldt een vrij tarief (het B-segment). Hierbij moeten ziekenhuizen en zorgverzekeraars over de prijzen met elkaar onderhandelen. Het B-segment omvat electieve (niet-spoedeisende) zorg zoals heupoperaties, knieoperaties en cataracten. Deze zorgsoorten zijn geschikt om selectieve contractering op toe te passen. Vanaf 2013 kunnen ziekenhuizen en zorgverzekeraars (voor het eerst) vrij onderhandelen en afspraken maken over de prijs en het volume binnen het B-segment (Algemene Rekenkamer, 2013).

Het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 (Rijksoverheid, 2011) is gesloten tussen vijf partijen, te weten het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De belangrijkste doelen zijn beheersing van de kosten en verdere kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg. In het akkoord zijn niet alleen afspraken gemaakt over de uitgavengroei, ook is afgesproken om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg verder te verbeteren. In 2013 is het Onderhandelaarsresultaat voor Medisch Specialistische Zorg 2014 tot en met 2017 afgesloten (Rijksoverheid, 2013b) welke aansluit bij het eerder genoemde Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord.

Sinds 2015 worden voor de bekostiging van de tweedelijnszorg voor het eerst ook integrale tarieven gehanteerd (ministerie van VWS 2013c; Nza 2014b; Nza 2015a). Ziekenhuizen worden niet meer apart betaald voor het honorarium van medisch specialisten maar betalen dit, net als de kosten voor apparatuur, gebouwen en ziekenhuispersoneel, uit de tarieven voor de behandelingen. De invoering van integrale bekostiging is nodig omdat de taakherschikking en selectieve inkoop door verzekeraars belemmerd werden door de oude wijze van bekostiging en de financiële belangen van ziekenhuizen en specialisten lagen hierdoor teveel uit elkaar. In het kader van de taakherschikking mogen vanaf 2015 ook de verpleegkundig specialist en de physician assistant een DBC openen en vanaf 2016 geldt dit ook voor sportartsen. Een beweging die passend is bij de ontwikkelingen rondom de verschuiving van zorg uit het ziekenhuis richting de eerste lijn (NZA, 2015c).

Vier doelen van de integrale tarieven in de tweede lijn (NZA, 2015a):

1. Doelmatige productie. De integrale tarieven maken voor ziekenhuizen een doelmatiger inzet van productiefactoren mogelijk. Verpleegkundig specialisten en physician assistants kunnen bijvoorbeeld taken overnemen van medisch specialisten zonder dat de bekostiging daarvoor een belemmering vormt. In de toekomst zal ook de productstructuur van de DBC-zorgproducten 'specialisme-overstijgender' moeten worden;

2. Selectieve inkoop. Verzekeraars kunnen beter sturen op doelmatige zorg; er is immers maar één partij die declareert en waarmee afspraken worden gemaakt. Deze sturing werd voorheen bemoeilijkt door deelregulering (zoals honorariumplafonds en aparte tariefsystemen) en belangentegenstellingen tussen ziekenhuizen en vrijgevestigd medisch specialisten;
3. Gelijk speelveld. Vóór 2015 was sprake van een ongelijk speelveld doordat verschillende beheersinstrumenten van toepassing waren voor instellingen met medisch specialisten in loondienst en ziekenhuizen met vrijgevestigd specialisten. Met de integrale tarieven zijn honorariumplafonds verdwenen en is hetzelfde beheersinstrument van toepassing;
4. Minder complexiteit. De nieuwe systematiek is minder complex om uit te voeren en te onderhouden, en nota's zijn beter te controleren. Het gebruik van integrale tarieven gaat gepaard met nieuwe organisatiestructuren bij het leveren van medisch-specialistische zorg.

5. Literatuur bekostiging van chronische zorg in de buitenlandse praktijk

Deelvraag 3. Wat is er bekend over de bekostiging van de chronische zorg in de buitenlandse praktijk?

Wereldwijd wordt gezocht naar de juiste toepassing van financiële prikkels om de Triple Aim te kunnen realiseren voor de zorg voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen (Ursum et al., 2011). Door de diversiteit van zorgstelsels en de mate waarin de zorg centraal of decentraal wordt georganiseerd in de verschillende landen werken bepaalde financiële prikkels en -voorwaarden in bepaalde landen wel en in andere landen hebben deze wellicht niet de gewenste uitwerking. Een succesvolle aanpak voor de realisatie van de Triple Aim in het ene land hoeft dus niet per definitie effectief te zijn in een ander land. Wel is het zinvol om naar in de praktijk succesvol gebleken financiële prikkels, toegepast bij de chronische zorg in andere landen, te kijken om prikkels die toepasbaar zijn voor chronische zorgnetwerken in Nederland over te nemen.

In het buitenland wordt in de praktijk veel geëxperimenteerd met verschillende financiële prikkels. Hiermee zijn al verschillende successen geboekt voor de zorg voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen. In onderstaande paragrafen worden de verschillende succesvolle organisatietypen uit het buitenland weergegeven, die naar voren zijn gekomen uit de handboeken van Rosendal en Schrijvers (Rosendal et al., 2009; Schrijvers, 2014), het onderzoeksrapport van Eijkenaar en Schut (2015) en/of de gesprekken met de experts.

Onderstaand worden de verschillende buitenlandse organisatietypen en de afbeeldingen van de toegepaste financiële prikkels per organisatietype weergegeven. Alleen die overzichten waar de onderzoekers de invulling van hebben kunnen verifiëren aan de hand van de onderzochte literatuur en/of experts zijn vermeld. Aanvullende informatie over deze organisatietypen is te vinden in bijlage 5.

5.1. Managed care

Managed care is een aanpak die zijn oorsprong kent binnen de Amerikaanse Health Maintenance Organisations (HMO's) maar is vanaf midden jaren '80 ook door traditionele ziektekostenverzekeraars overgenomen.

Drie belangrijkste kenmerken van managed care zijn:

1. Utilization management;
2. Financiële risicodeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
3. Selectief contracteren van zorgaanbieders (Schut & Rutten, 2012).

Aanvullende informatie over bovengenoemde kenmerken van Managed Care is terug te vinden in bijlage 5.1.

Inmiddels zijn managed care aspecten wijdverspreid binnen zorgorganisaties en zorgverzekeraars, in onder andere de Verenigde Staten. Echter HMO's zijn de enige organisatietypen waarin alle drie de aspecten van managed care terugkomen.

5.1.1. Kaiser Permanente

Een zeer bekend managed care netwerk, waarin aspecten van het Chronic Care Model (CCM) zijn geïmplementeerd (zie paragraaf 3.1.3.), is Kaiser Permanente (KP), een internationaal voorbeeld van efficiënte, kwalitatief goede zorg. KP is een Amerikaans non-profit consortium in de gezondheidszorg, dat in 1945 is opgericht door industrieel Henry J. Kaiser en arts Sidney Garfield. (Zwar N et al., 2006) en bestaat nog steeds. Belangrijk

kenmerk van KP is dat het een gesloten netwerk is met wederzijds exclusieve contracten. Verzekerden van KP worden behandeld door aanbieders die alleen met KP een contract hebben en die geen andere patiënten behandelen. Naast KP zijn er nog meer goed lopende managed care voorbeelden maar geen van hen is een gesloten netwerk zoals KP. Aanvullende informatie over Kaiser Permanente is terug te vinden in bijlage 5.1.

5.2. Health Maintenance Organisation

Health Maintenance Organisations (HMO's) zijn in het begin van de jaren '90 van de vorige eeuw ontstaan in de Verenigde Staten. De Western clinic in Tacoma Washington, opgericht in 1910, wordt gezien als de eerste HMO (Kongstveldt, 2009).

Binnen HMO's zijn een aantal basistypen te onderscheiden (Schut & Rutten, 2012), te weten: 1. Prepaid group practices (PGP's); 2. Individual Practice Association (IPA); 3. Network Model HMO's; 4. Preferred Provider Organisations (PPO). Verschillen tussen deze basistypen zijn met name gebaseerd op verschillen in contractering onder andere met betrekking tot de exclusiviteit van de zorgprofessionals en de keuzevrijheid van de patiënten. Aanvullende informatie over deze typen is terug te vinden in bijlage 5.2.

5.2.1. Health Maintenance Organisation – Geisinger Health System

Een bekende Health Maintenance Organisation in de Verenigde Staten is het Geisinger Health System (GHS) (Eijkenaar & Schut, 2015). In de staat Pennsylvania is deze HMO een door artsen geleid geïntegreerd zorgsysteem.

Het Geisinger Health System (GHS) bestaat onder andere uit een multidisciplinaire groep van 875 artsen die zorg leveren in 60 praktijken/klinieken. Naast een netwerk van zorgaanbieders heeft GHS een eigen zorgverzekeraar, het Geisinger Health Plan (GHP). GHP heeft ruim 300.000 verzekerden waarvan de meesten een vaste eerstelijnsarts hebben.

Een voorbeeld van een innovatie ontwikkeld binnen GHS is het ProvenCare model. GHP sluit contracten met GHS, maar ook met andere aanbieders. GHS behandelt ook verzekerden van andere verzekeraars (30% van de patiënten van GHS is verzekerd bij GHP) en het staat GHP-verzekerden vrij om zorg van andere aanbieders te ontvangen (GHS levert ongeveer 40% van de zorg voor GHP verzekerden). Binnen het GHS zijn artsen in loondienst; hun salaris is voor 85-90% gebaseerd op productiviteit en voor 10-15% op het behalen van targets voor kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid en kosten. Het management van GHS is opgesplitst in 'diensten' die afzonderlijk verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening en het behalen van financiële targets.

In afbeelding 5.1. zijn de toegepaste financiële prikkels binnen dit organisatietype weergegeven.

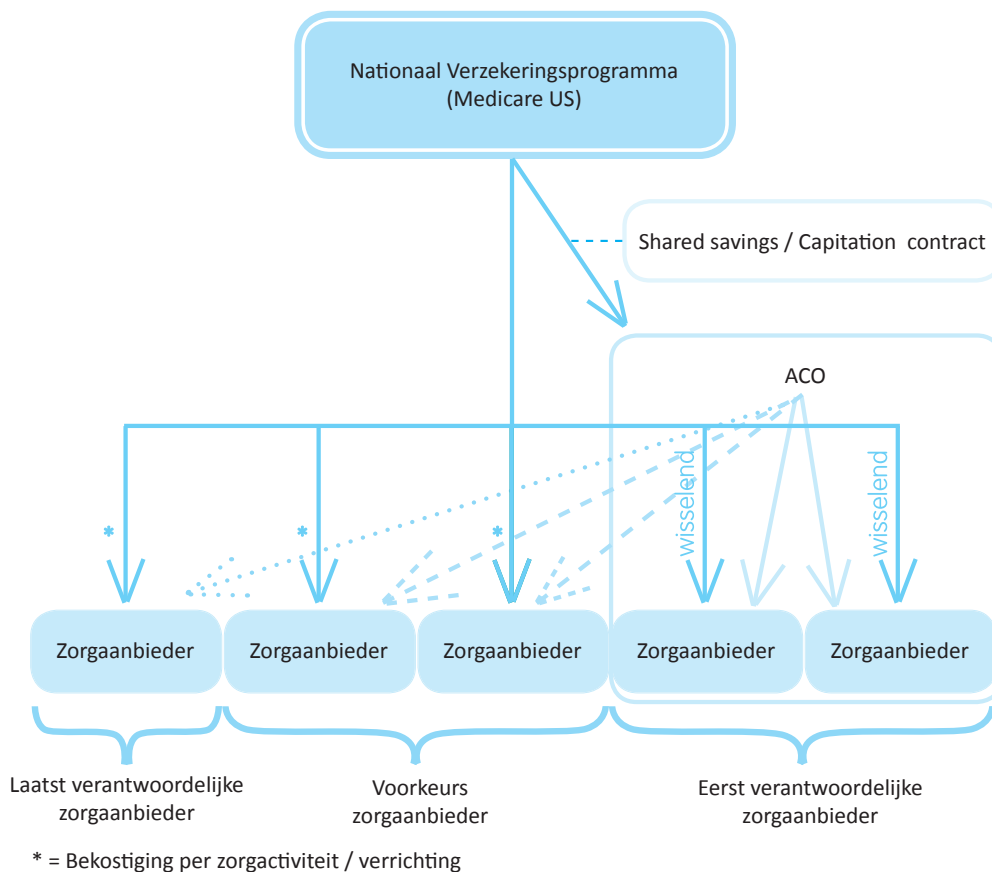
Financiële prikkels HMO-Geisinger Health System (GHS)	
1. Basisbekostiging hoofcontractant	• Multidisciplinaire bekostiging per patiënt (populatiebekostiging) • Prospectief op basis van aanbevolen zorg (evidence-based richtlijnen) en historische kosten
2. Basisbekostiging subcontractanten	Individuele zorgaanbieders zijn in loondienst van GHS
3. Aanvullende bekostiging	Prestatiebeloning
4. Dekking van zorgbundel	17 aandoeningen
5. Populatieafbakening	Op basis van persoonskenmerken (patiënten jonger dan 65 jaar met betreffende aandoening c.q. die betreffende behandeling ondergaan) en het verzekerd zijn bij Geisinger Health Plan
6. Risicocorrectie	Niet bekend
7. Hoofdcontractant / Risicodragende organisatie	GHS: geïntegreerd zorgsysteem
8. Contractering	Tussen zorgorganisatie en zorgverzekeraar
9. Risicodeling	• Volledige risico-overdracht voor zorg die onder de bundel valt (upside en downside risk). • Doorlopen van alle vooraf gedefinieerde stappen (proceskwaliteit) vereist alvorens eventuele besparingen worden uitgekeerd
10. Financiële prikkels richting populatie	Niet bekend

Afbeelding 5.1. Financiële prikkels HMO – GHS, bewerkt naar Eijkenaar & Schut, 2015

5.3. Accountable Care Organisation

Medicare (het overheidsziekenfonds in de Verenigde Staten voor 65-plussers), introduceerde in 2012 de Accountable Care Organisations (ACO) (Eijkenaar & Schut, 2015). ACO's zijn gedefinieerd als door artsen geleide groepen van zorgaanbieders die gezamenlijk zorginhoudelijk en financieel verantwoordelijk zijn voor alle zorg die een afgebakende populatie verzekerden mogelijk nodig zal hebben. ACO's worden gecontracteerd door de overheid of particuliere zorgverzekeraars en dragen hierbij de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, geschiktheid en efficiëntie van de geleverde zorg. De mate van risicodragendheid voor de zorgaanbieder verschilt per ACO maar de ACO is in elk geval hoofdcontractant. Aanvankelijk werd gewerkt met behulp van shared savings maar de laatste tijd zien we ook steeds vaker het gebruik van capitation (zie paragraaf 3.2).

In afbeelding 5.2. is de bekostigingsstructuur van een ACO schematisch weergegeven.



Afbeelding 5.2. Bekostigingsstructuur van ACO, bewerkt naar Struijs & Ruwaard, 2015

Drie kenmerken van ACO's zijn: 1. ACO's zijn aanbieders bestuurd organisaties met een sterke basis van eerstelijnszorg die gemeenschappelijk verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en totale hoofdelijke kosten van een populatie patiënten; 2. de betaling van zorg is gekoppeld aan een kwaliteitstoename en vermindering van totale kosten (pay for performance) en 3. betrouwbare en verfijnde kwaliteitsmetingen moeten waarborgen dat afname van kosten door toename van kwaliteit komt (KPMG Plexus, 2013a).

De belangrijkste kenmerken van de contracten zijn: 1. zorgorganisaties gingen akkoord met een driejarig contract (met een optie tot vijf jaar), 2. bevatten voldoende huisartsen om minimaal 15.000 Medicare verzekerden te bedienen, 3. hebben aangetoond in staat te zijn tot het aanleveren van gedetailleerde informatie over kosten, kwaliteit en patiëntervaringen; en 4. hebben targets behaald voor kwaliteit van zorg en service. Een belangrijk verschil met het oude managed care en HMO is dat de ACO de patiënt en de aanbieder meer keuzevrijheid biedt. Daarbij wordt de aanbieder financieel geprikkeld om goede kwaliteit te bieden (pay for performance).

In afbeelding 5.3. zijn de toegepaste financiële prikkels binnen dit organisatietype weergegeven. Aanvullende informatie over dit organisatietype is terug te vinden in bijlage 5.3.

Financiële prikkels Accountable Care Organisation (ACO)	
1. Basisbekostiging hoofcontractant	• Multidisciplinaire bekostiging per verzekerde (populatiebekostiging) • Vooraf bepaalde kostendoelstelling op basis van historische kosten en risico-kenmerken van populatie • Retrospectieve verrekening; na afloop worden declaraties vergeleken met de kostendoelstelling
2. Basisbekostiging subcontractanten	• Zorgprofessionals worden per activiteit/ product betaald • ACO's contracteren subcontractanten of nemen hen in dienst
3. Aanvullende bekostiging	Prestatiebeloning
4. Dekking van zorgbundel	Alle zorg die Medicare-verzekerden toegewezen aan een ACO mogelijk nodig hebben
5. Populatieafbakening	Op basis van persoonskenmerken (Medicare-verzekerden van 65 jaar en ouder) en zorggebruik in het verleden (prospectief of retrospectief)
6. Risicocorrectie	Kostendoelstelling gecorrigeerd voor (veranderingen in) risicoprofiel van populatie
7. Hoofdcontractant / Risicodragende organisatie	ACO
8. Contractering	Meerjarige contracten (3-5 jaar) tussen ACO en Centers Medicare & Medicaid Services
9. Risicodeling	• Gemaximeerde upside en downside risico's voor Pioneer ACO's; voor ACO's in het Medicare Shared Savings Program keuze uit een variant met alleen upside risico (50% van besparing vanaf 2%) of een variant met upside (60% van besparing) en downside risico (gemaximeerd) • Het behalen van targets op 33 indicatoren voor kwaliteit (voornamelijk processen) en service is vereist om in aanmerking te komen voor shared savings
10. Financiële prikkels richting populatie	Niet bekend

Afbeelding 5.3. Financiële prikkels ACO, bewerkt naar Eijkenaar & Schut, 2015

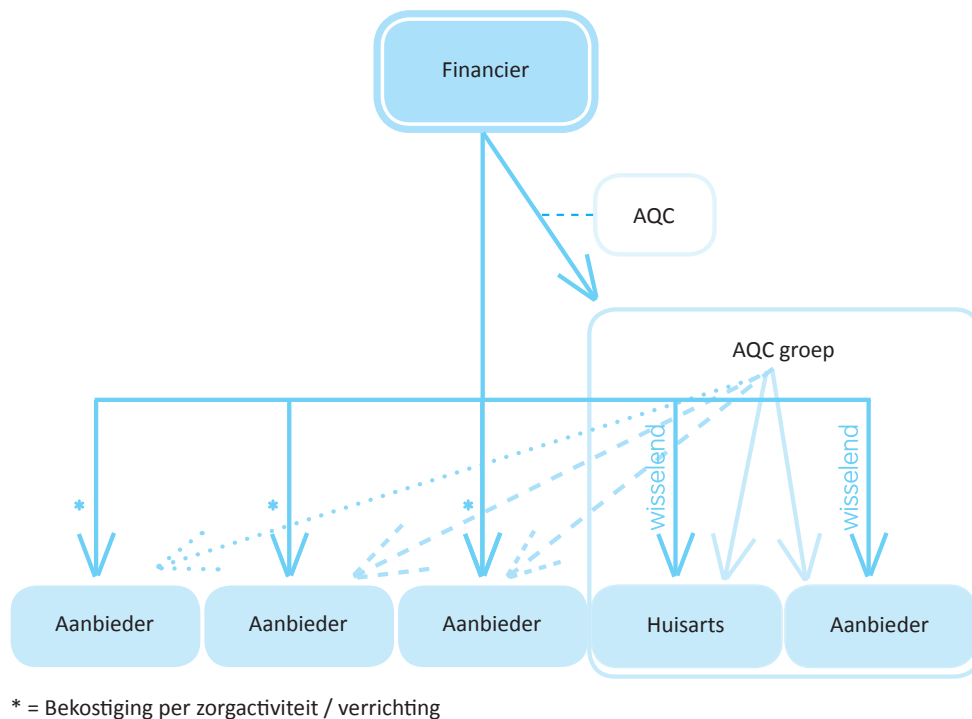
5.4. Alternative Quality Contract

Het Alternative Quality Contract (AQC), afkomstig uit de Verenigde Staten, is een vorm van integrale populatiebekostiging per verzekerde (Eijkenaar & Schut 2015). Het is in 2009 door Blue Cross Blue Shield in Massachusetts (BCBS), de grootste private zorgverzekeraar van de staat, geïntroduceerd.

Het doel van het Alternative Quality Contract (AQC) in de Verenigde Staten is 1. het ontwikkelen van een bekostigingssysteem waarmee financiële en zorginhoudelijke doelen gelijk worden geschakeld en prikkels worden ingebracht voor levering van zorg van hoge kwaliteit; 2. beheersing van gebruik en kosten en 3. de beste gezondheidssuitkomst van de juiste zorg geleverd op het juiste moment en in de juiste setting (Song, 2014; Song et al., 2014; Eijkenaar & Schut, 2015).

Zorgorganisaties met een AQC zijn verantwoordelijk voor het managen van alle zorg voor hun populatie met een vooraf vastgesteld bedrag. Daarnaast kunnen zij prestatiebeloningen verdienen. Deelname vereist dat de organisatie huisartsen bevat die gezamenlijk tenminste 5.000-10.000 ingeschreven patiënten hebben (afhankelijk van de mate van risicodeling) met een HMO-polis. Dit laatste is vereist omdat verzekerden bij deze polissen een vaste arts moeten kiezen, wat het voor de verzekeraar mogelijk maakt om geleverde zorg en uitkomsten eenvoudig toe te schrijven aan specifieke artsen(groepen). Een AQC heeft in

principe een looptijd van vijf jaar. Het AQC heeft drie hoofdkenmerken: 1. een integrale basisbekostiging per verzekerde met jaarlijkse groeimarges; 2. geïntegreerde prestatiebeloningen voor goede kwaliteit en 3. (technische) ondersteuning voor deelnemende zorgorganisaties. De bekostigingsstructuur van een AQC staat schematisch weergegeven in afbeelding 5.4.



Afbeelding 5.4. Bekostigingsstructuur van AQC, bewerkt naar Struijs & Ruwaard, 2015

In afbeelding 5.5. zijn de toegepaste financiële prikkels binnen dit organisatietype weergegeven.

Financiële prikkels Alternative Quality Contract (AQC)	
1. Basisbekostiging hoofcontractant	• Multidisciplinaire bekostiging per verzekerde (populatiebekostiging) • Basisbedrag per verzekerde bepaald op basis van historische kosten, risicoprofiel van de populatie en onderhandeling • Onderhandeling over jaarlijkse groeimarges gebaseerd op de gemiddelde voorspelde kosten(stijging) • Veelal retrospectieve verrekening: na afloop van elk jaar worden declaraties vergeleken met het basisbedrag
2. Basisbekostiging subcontractanten	• Individuele zorgprofessionals worden per activiteit / product betaald • Zorgorganisaties contracteren subcontractanten of nemen hen in dienst
3. Aanvullende bekostiging	• Prestatiebeloning van maximaal 10% van basisbekostiging • Percentage van gedeelde besparingen of gedeelde tekorten, neemt respectievelijk toe of af naarmate kwaliteitsscores hoger zijn
4. Dekking van zorgbundel	Alle zorg die ingeschreven Blue Cross (BC) verzekerden mogelijk nodig hebben
5. Populatieafbakening	Op basis van persoonskenmerken (particulier verzekerden < 65 jaar), het verzekerd zijn bij BC, en inschrijving bij een vaste huisarts (HMO-polis vereist)
6. Risicocorrectie	• Basisbudget en groeimarges gecorrigeerd voor (veranderingen in) risicoprofiel van populatie • Verplichte herverzekering
7. Hoofdcontractant / Risicodragende organisatie	Multidisciplinaire zorgorganisatie (ACO)
8. Contractering	Meerjarencontracten (5 jaar) tussen zorgorganisatie en zorgverzekeraar (BC)
9. Risicodeling	• Upside en downside risico en onderhandeling over risicodeling (varieert tussen 50-100%) • Unit cost corridor laat bekostiging toe-/afnemen bij hogere/lagere afgesproken prijzen dan verwacht
10. Financiële prikkels richting populatie	Prikkels voor zorgaanbieders en consumenten idealiter gelijkgeschakeld ten behoeve van betrokkenheid zorgaanbieders

Afbeelding 5.5. Financiële prikkels AQC (Eijkenaar & Schut 2015)

5.4.1. Prestatiebeloning binnen het Alternative Quality Contract

Binnen het AQC kunnen opslagen van maximaal 10% van de basisbekostiging worden verdiend met prestatiebeloning (Eijkenaar & Schut, 2015). Beloningen worden bepaald op basis van scores op geaccepteerde indicatoren. De indicatoren komen overeen met de indicatoren gebruikt in de ACO-programma's en zijn geselecteerd als zijnde medisch relevant en valide/ betrouwbaar voor het niveau waarop ze worden berekend (arts, artsengroep of ziekenhuis). De beloning wordt bepaald op basis van een overall score, berekend door scores op individuele indicatoren te middelen waarbij uitkomsten en patiëntervaringen zwaarder meetellen dan processen. Er wordt gewerkt met vijf targets. De hoogste wordt empirisch bepaald en geeft de score weer die kan worden behaald door een optimaal presterende organisatie. De laagste is de mediaan van alle organisaties. De beloning wordt bepaald op basis van de score ten opzichte van target één tot vijf (zie afbeelding 5.6).

Naast expliciete beloningen voor kwaliteit op de basisbekostiging neemt het percentage van een besparing of tekort op de basisbekostiging, dat voor rekening komt van de zorgorganisatie, toe (bij besparingen) of af (bij tekorten) naarmate kwaliteitsscores hoger zijn. De basisbekostiging en prestatiebeloning zijn dus geïntegreerd (Song et al., 2014). In afbeelding 5.6. zijn de verhoudingen tussen basisbekostiging en prestatiebeloning weergegeven.



Afbeelding 5.6. Prestatiebeloning in het AQC, bewerkt naar Song, 2014 en Song et al., 2014

Aanvullende informatie over het AQC is terug te vinden in bijlage 5.4.

5.5. Gesundes Kinzigtal

Wetgeving maakt het in Duitsland sinds 2004 mogelijk en financieel aantrekkelijk om te experimenteren met integrale zorg (Eijkenaar & Schut, 2015). Dit heeft geleid tot een groot aantal integrale zorg projecten, echter het proces verloopt in Duitsland langzaam. De enige positieve uitzondering is het project Integrierte Versorgung van Gesundes Kinzigtal (GK), geïntroduceerd in 2005 in het zuidwesten van Duitsland en gericht op het realiseren van integrale populatiebekostiging dat alle zorg dekt voor een afgebakende populatie verzekerden. Het doel is komen tot een betere gezondheid van de Kinzigtal-populatie, te realiseren via prikkels voor samenwerking tussen zorgaanbieders, het stimuleren van zelfmanagement en de implementatie van programma's voor health promotion en preventie. Gezondheidsverbetering moet daarnaast leiden tot kostenbesparingen, zowel op korte als op lange termijn.

Het project wordt gemanaged door een joint venture. Een besloten vennootschap, tussen een lokaal artsennetwerk en een zorgmanagementbedrijf. Tweederde van de aandelen is in handen van het artsennetwerk. GK wordt gefinancierd door de verzekeraars en de BV is sinds 2006 financieel verantwoordelijk voor het gehele zorgbudget voor de verzekerden van de zorgverzekeraars. Het lange-termijn contract tussen de BV en de verzekeraars liep tot half 2015, maar is daarna verlengd. Het financiële resultaat van GK wordt bepaald aan de hand van het verschil tussen de totale werkelijke zorgkosten en de normatieve zorgkosten voor de 31.000 verzekerden. Dit verschil wordt de 'bijdragemarge' genoemd. De normatieve kosten zijn de kosten die verwacht kunnen worden op basis van risicokenmerken van verzekerden (leeftijd, geslacht, en 80 chronische en/of dure aandoeningen) en worden berekend in het kader van het Duitse risicovereveningssysteem.

Aanvullende informatie over GK is terug te vinden in bijlage 5.5.

In afbeelding 5.7. zijn de toegepaste financiële prikkels binnen dit organisatietype weergegeven.

Financiële prikkels Gesundes Kinzigtal (GK)	
1. Basisbekostiging hoofcontractant	• Multidisciplinaire bekostiging per verzekerde (populatiebekostiging) • Financieel resultaat gebaseerd op verschil (bijdragemarge) tussen werkelijke en normatieve kosten voor de populatie • Resultaat in een jaar is verandering in bijdragemarge ten opzichte van referentieperiode (2003-2005) • Besparingen zijn enige inkomstenbron voor de BV. Retrospectieve verrekening; na afloop van elk jaar worden de totale zorgkosten vergeleken met de normkosten en de (marge in) referentieperiode • Verzekeraars kunnen contract ontbinden bij (grote) verliezen of verschraling van kwaliteit
2. Basisbekostiging subcontractanten	Zorgprofessionals worden per activiteit / product betaald
3. Aanvullende bekostiging	Prestatiebeloning voor aangesloten zorgaanbieders op basis van scores op indicatoren
4. Dekking van zorgbundel	Alle zorg die verzekerden in Kinzigtal mogelijk nodig hebben
5. Populatieafbakening	Postcode, gemeente en verzekerde bij één van de twee deelnemende zorgverzekeraars
6. Risicocorrectie	• Normkosten berekend aan de hand van risicokenmerken van verzekerden (leeftijd, geslacht en aandoeningen). • Bij alle Disease Management Programma's (DMP's) krijgen zorgverzekeraars ongeveer 100 euro uit centrale kas voor elke patiënt die lid is van DMP
7. Hoofdcontractant / Risicodragende organisatie	BV bestaand uit lokaal artsennetwerk (2/3 van aandelen) en zorgmanagement-bedrijf (1/3 van aandelen)
8. Contractering	Meerjarige contracten (10 jaar) tussen BV en beide zorgverzekeraars
9. Risicodeling	• Shared savings (alleen eenzijdig risico) • Vanaf 4e jaar kunnen deelnemende zorgaanbieders meedelen in besparingen
10. Financiële prikkels richting populatie	Voor alle verzekerden in DMP in Duitsland geldt vermindering van eigen bijdragen indien deelname aan cursus over aandoening

Afbeelding 5.7. Financiële prikkels Gesundes Kinzigtal bewerkt naar Eijkenaar & Schut, 2015

5.6. Clinical Commissioning Groups

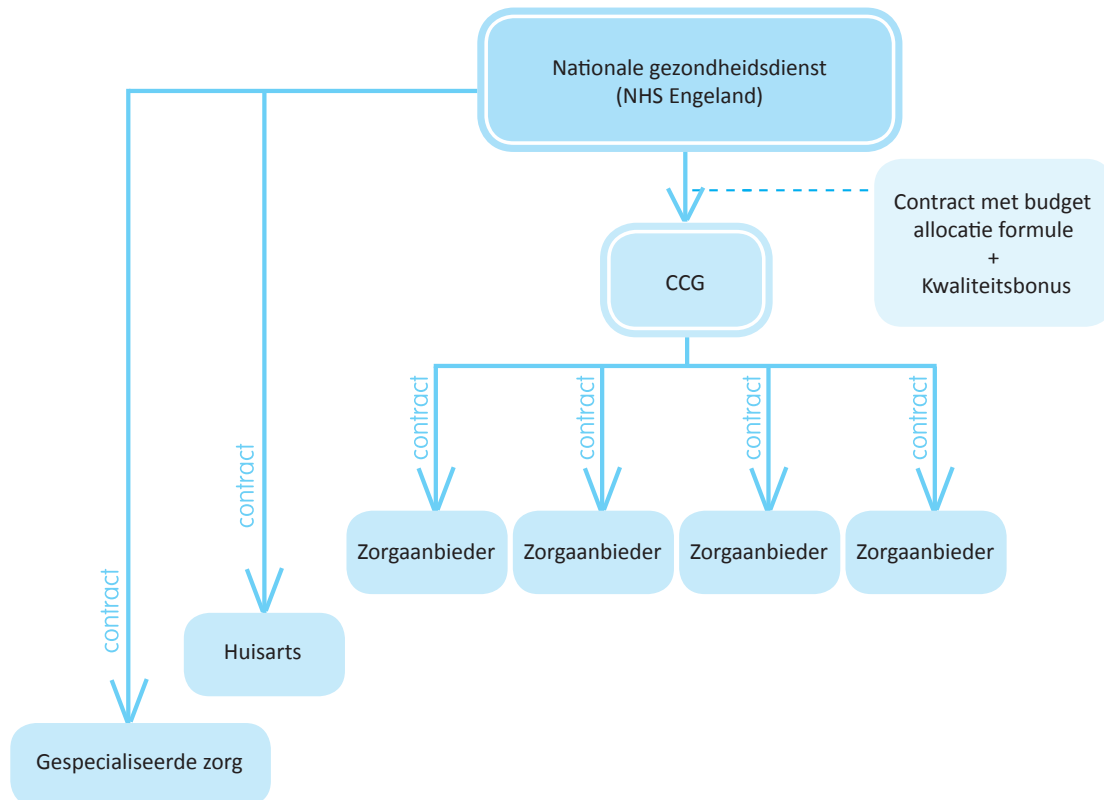
Het Verenigd Koninkrijk kent een nationaal zorgstelsel, de National Health Service (NHS) waarbinnen alle inwoners van Engeland vrij toegang hebben tot verschillende vormen van zorg (NHSCC, 2016). Binnen de NHS ligt de verantwoordelijkheid voor de inkoop van ziekenhuiszorg en bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg op lokaal niveau bij de ruim 200 lokaal opererende Clinical Commissioning Groups (CCGs). Daarnaast is NHS England verantwoordelijk voor de inkoop van huisartsenzorg en hoog-complexe specialistische zorg. De CCGs bieden een groot deel van de ziekenhuiszorg en de National Health Service (NHS) diensten in de geografische gebieden waarvoor zij verantwoordelijk zijn. Zij beslissen welke diensten nodig zijn en zorgen ervoor dat ze worden geleverd. Toezicht op de CCGs wordt gehouden door de NHS Engeland, die de verantwoordelijkheid heeft voor de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals huisarts- en tandheelkundige diensten, evenals een aantal gespecialiseerde ziekenhuisdiensten.

Alle huisartsenpraktijken behoren tot een CCG van hun geografisch gebied, maar ook groepen van andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld verpleegkundigen. Diensten die onder de verantwoordelijkheid van een CCG vallen zijn o.a. electieve ziekenhuiszorg, revalidatie zorg, dringende en spoedeisende hulp, geestelijke gezondheidszorg, en gemeentelijke gezondheidszorg diensten. Het bestuur van een Clinical Commissioning Group, bestaat naast huisartsen uit een specialist, een verpleegkundige en

een lid vanuit de gemeente. CCG's zijn verantwoordelijk dat de gezondheidszorg aan alle redelijke eisen van patiëntenzorg voldoet, met uitzondering van bepaalde diensten die rechtstreeks door de NHS worden geleverd.

Het doel is om goede gezondheidsresultaten door uitstekende, geïntegreerde patiëntgerichte zorg voor de bevolking te leveren. Om een positieve verbetering van de gezondheid en het welzijn van de bewoners binnen de beschikbare middelen te realiseren. CCG's worden verondersteld samen te werken met patiënten en zorgprofessionals en in partnerships met lokale gemeenten en lokale autoriteiten.

De bekostigingsstructuur van CCG is schematisch weergegeven in afbeelding 5.8.



CCG = Clinical Commissioning Group

Afbeelding 5.8. Bekostigingsstructuur van CCG, bewerkt naar Struijs & Ruwaard, 2015

6. Resultaten empirisch onderzoek

Deelvraag 4. Welke organisatievoorwaarden en –kenmerken dragen volgens de experts bij aan de realisatie van de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland en welke financiële prikkels zijn volgens deze experts op korte termijn, vanuit de huidige situatie met zorggroepen, dan wel (middel-)lange termijn toepasbaar om de Triple Aim bij deze zorgnetwerken te realiseren?

In het empirisch onderzoek trachten de onderzoekers zoveel mogelijk informatie te verzamelen om bovenstaande deelvraag te kunnen beantwoorden.

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het empirisch onderzoek per topic en bijbehorende hoofdvraag (Boeije, 2014) weergegeven (zie bijlage 2.2. voor topiclijst). In dit hoofdstuk zijn zoveel mogelijk alle gegeven reacties van de geïnterviewde experts opgenomen. In de gehele onderstaande uitwerking van de expert interviews, dus zowel in de afbeeldingen als in de geschreven tekst, worden alleen de meningen en/of citaten van de experts weergegeven, waarbij de individuele experts met de letters A t/m M worden aangeduid. De experts zijn in onderstaande verslaglegging van de resultaten dus aan het woord.

6.1. Topic 1: Programmatische aanpak en zorggroepen

Hoofdvraag 1a. Hoe is de programmatische aanpak door zorggroepen georganiseerd in de huidige situatie?

De helft van de experts is op een bepaalde manier betrokken geweest bij de ontwikkeling van de programmatische aanpak. Enkele hebben door een transmurale samenwerking in de eigen regio bijgedragen aan de totstandkoming van deze aanpak. Weer andere experts zijn vanaf de zijlijn betrokken geweest of hebben op afstand een rol gespeeld. Een minderheid heeft hiermee geen bemoeienis gehad.

Alle geïnterviewde personen, die bekend zijn met de programmatische aanpak, zijn positief over de programmatische aanpak die het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), in 2008 heeft gelanceerd. De gedachte die volgens expert M hieraan ten grondslag ligt is *‘dat betere zorg in de eerste lijn ervoor zorgdraagt dat er 1. preventief beter geacteerd wordt; 2. minder complicaties ontstaan; 3. mensen minder snel naar de tweede lijn gaan en 4. meer patiënten vanuit de tweede naar de eerste lijn gaan door een goede infrastructuur in de eerste lijn te bouwen. Ter facilitering is er destijds budget overgeheveld van de tweede naar de eerste lijn en is de meerjarenbegroting hierop aangepast.’*

Volgens Expert J was het destijds nog onzeker *‘wie de uitrol van de programmatische aanpak op ging pakken. Iedere partij, die dacht dat ze de multidisciplinaire zorg kon organiseren en wilde contracteren met verzekeraars, kon zich melden. Uiteindelijk zijn dat allemaal huisartsorganisaties geworden. Dat is op zich wel opmerkelijk, want dat had helemaal niet hoeven. Ook ziekenhuizen of thuiszorgorganisaties hadden het kunnen zijn. Dat is eigenlijk nauwelijks gebeurd. De huisartsen zagen een heel groot belang. Bijvoorbeeld Diabetes type II, dat was het eerste thema, dat is natuurlijk voor een heel groot deel ook huisartsenzorg.’* De zorgverzekeraars gingen al dan niet zorggroepen contracteren en de aanbieders gingen de ketenzorg introduceren.

Hoofdvraag 1b. Wat zijn de positieve dan wel negatieve effecten en wat moet er worden verbeterd om de Triple Aim te kunnen realiseren?

De positieve en negatieve effecten en daarnaast de verbeterpunten, genoemd door de experts, worden zoveel mogelijk in afbeelding 6.1. weergegeven. Een aantal effecten en verbeterpunten worden in de tekst onder de afbeelding nader toegelicht.

Zorggroepen	
Positieve effecten	Negatieve effecten
Versterking eerste lijn, aanspreekbare partner	Nog versnipperde eerste lijn
Versterking branchevereniging Ineen	Programmatische aanpak nog onvoldoende tot uiting
Einde vrijblijvendheid van huisartsen	Onvoldoende samenwerking zorggroep en tweede lijn:
Intensievere, meer gestructureerde samenwerking	• Geen multidisciplinariteit van hoofdaannemerschap • Blijven huisartsenorganisaties • Geen integrators • Onvoldoende geëquipeerd om tweede lijn te laten aanhaken • Competitie tussen eerste en tweede lijn • Overlap in taken huisarts en specialist • Specialist werkt onvoldoende mee aan meekijkconsult • Geen transmurale ketens (tweedelijnszorg niet opgenomen) • Zorg nog verre van integraal - o Slechts 8% van totale zorgkosten van DM II
Professionaliseringsslag	Geen ketens maar losse schakels
• Zorgstandaarden • Huisarts wordt ontlast door POH • Groei- en uitbreiding eerste lijn • Zorg dicht bij patiënt	Zorggroepen pakken niet door; slechts een klein gedeelte van de zorg waar het echt om gaat
Ontwikkeling van zelfmanagement tools	Geen doelmatigheid bereikt
Vliegwielt voor ICT en daardoor voor transparantie	Geen verantwoordelijkheid / prikkels voor resultaten als:
Systematisch kwaliteitsbeleid	• Multimorbiditeit • Verbetering gezondheid / Vermindering ziektes
Verbetering kwaliteitsindicatoren:	Verschillende zorgstandaarden met verschillende opbouw
• Met name structuur- en proces kwaliteitsindicatoren • Aantal uitkomst kwaliteitsindicatoren voor DM II - o Afname DM II sterftecijfers - o Afname DM II zorg in tweede lijn	Te veel aanbodgericht
Realisatie van keten DBC's	Te strak georganiseerd en vinkgedrag van procesindicatoren
Motivatie eerste lijn om substitutie te bewerkstelligen is vergroot	
Verbeterpunten • Doorschakelen naar individuele, persoonsgerichte zorg • Menselijke maat terugvinden • Meer differentiëren in spreekkamer • Zorgstandaard niet meer blijven vertalen naar zorgbehandeling • Andere rol POH: - o Leefstijlinterventies en persoonsgerichte gesprekken - o Rol (deels) vervangen door nieuwe monitor technologieën • Eerste en tweede lijn moeten samenwerken • Samenwerking met wijkverpleging en/of gemeente	

Afbeelding 6.1. Effecten van en verbeterpunten voor zorgprogramma's georganiseerd door zorggroepen, verkregen uit expert interviews

Er waren bij de ontwikkeling van de zorggroepen een aantal koplopertrajecten die door het RIVM (Drewes, Heijink, Struijs, & Baan, 2015) zijn geëvalueerd. Het onderzoek naar de effecten liet toen, volgens expert M, zien dat *'er nog niet veel van te zeggen was, met name niet over complicaties en effecten'*. Drie experts, die niet bij de ontwikkeling van zorggroepen betrokken zijn geweest, hebben te weinig zicht op wat de effecten in positieve dan wel negatieve zin zijn.

In een kort tijdsbestek heeft volgens Expert F *'een omschakeling plaatsgevonden van monodisciplinair kijken naar een ziektebeeld naar samenwerking en oprichting van de zorggroepen'*. Expert F beschreef dit beeldend: *'de zorggroepen zijn ontstaan in 1000 verschillende bloemen, als je de zorggroep ziet als een bloem, en je ziet dat er heel veel kleuring is in hoe ze formeel zijn ingericht, hoe het in de governance is geregeld en in allerlei facetten. Nu een kleine tien jaar verder, zitten zorggroepen als het ware in de jong volwassenfase, een overgangsfase om volwassen te kunnen worden; ziekenhuizen zijn volwassen en sommigen komen zelfs in de ouderdomsfase en hoe kun je het palliatieve proces daar goed begeleiden'*.

Experts zeggen zelf over de invoering van de integrale bekostiging van de chronische zorg *'dat het een enorme verandering teweeg heeft gebracht, die cruciaal is: 1. de vrijblijvendheid is eraf; 2. er wordt een ander spel gespeeld; 3. er kwam spiegelinformatie; 4. mogelijkheden tot afspraken en 5. het bezoeken van praktijken. De dynamiek kwam op gang om eraan mee te willen doen en de samenwerking werd beter georganiseerd. Door de systematische aanpak van het kwaliteitsbeleid werden de huisartsen en de POH beter.'* Volgens een expert zijn *'de uitkomsten van DM II ernstig ondergewaardeerd door vele mensen, want ze zijn fantastisch; daarom zijn wij ook tweede van Europa voor DM II zorg'*.

Positief is expert F over het feit dat de implementatie van de zorggroepen *'een stimulans is geweest 'om de eerstelijns in stem krachtig te versterken' en ook staat de branchevereniging 'Ineen' er echt'*. Daarnaast wordt er nu meer vanuit eigen kracht geredeneerd.'

Expert A vindt dat de ontwikkeling van zorggroepen belangrijk is voor vervolgstappen richting Triple Aim. Deze expert maakt onderscheid tussen *'moneydriven' zorggroepen en 'missiondriven' groepen. 'Zorggroepen moet je wellicht moneydriven organiseren omdat die misschien op termijn betere resultaten leveren; zij hebben het bedrijfsmatig beter op orde.'* Expert J geeft aan dat het nu weliswaar *'te strak is georganiseerd'*, maar dat *'niet alles meteen goed gaat en dat alles beter is dan dat we hadden; we hadden namelijk een niet georganiseerde eerste lijn'*. Daarbij is expert H van mening dat *'de zorggroepen de realisatie van de Ketens DBC's teweeg hebben gebracht waarmee de motivatie in de eerste lijn is vergroot om de substitutie een plek te geven'*.

Expert F vindt *'dat de ideeën voor de programmatische uitrol van VWS goed waren maar de oplossing bestaat ook daar niet en de praktijk was zeer weerbarstig'*.

Volgens expert J *'gaat de landelijke investering in de eerste lijn niet hard genoeg'*. Zorgverzekeraars hebben, volgens deze expert, de neiging om dit *'af te meten aan wanneer zij dat geld, waar dit in zit, terug kunnen verdienen'*.

Daarbij is expert B van mening dat de zorg nog *'teveel aanbodgericht' is*. Zo vindt expert E dat het *'geen ketens zijn, maar losse schakeltjes, die nauwelijks met elkaar communiceren, ook nauwelijks met elkaar in verbinding staan en de vraag is of de juiste schakeltjes gekoppeld zijn aan de juiste patiënt'*. Ook ziet deze expert *'een vinkgedrag ontstaan in de zorg die wordt geleverd'*.

Expert K vindt dat *'zorggroepen geen verantwoordelijkheid nemen voor 1. het verbeteren van de gezondheid en 2. het verminderen van ziektes'*. Zorggroepen zijn volgens deze expert daarnaast *'huisartsenorganisaties en geen integrator (een multidisciplinaire transmurale zorggroep).'* In lijn hiermee geeft expert A aan dat er *'geen multidisciplinariteit bestaat van het hoofdaanemerschap'*. Expert C stoort zich *'aan de verschillende zorgstandaarden met elk hun verschillende opbouw'*.

De gedachte vindt expert K goed, maar deze is daarnaast van mening dat *'het totaal is verwaterd, verpolderd en zelfs verpulverd'*. En net als een aantal andere experts vindt deze expert dat *'het slechts een klein stukje is van waar het echt om gaat'*. Wat verzuimd is dat het

‘geen transmurale ketens zijn, omdat de tweede lijn nauwelijks is aangehaakt. Daarbij is de bekostiging, die hieraan is gekoppeld, nog verre van integraal’. ‘De kwaliteit van de diagnostiek in de eerste lijn kan ook beter’ volgens expert K waarbij ‘de eerste lijn teveel verwijst naar de tweede lijn terwijl ze in hun eigen omgeving veel meer kunnen doen’. Volgens een kleine minderheid van de experts is het niet vreemd dat de samenwerking tussen eerste en tweede lijn niet goed op gang komt. Ten eerste wordt de samenwerking gehinderd doordat er tegelijkertijd ‘een competitie lijkt te zijn tussen de eerste en tweede lijn, uit een soort domein denken. Samenwerking is dan geen natuurlijke modus, want men probeert eerst de eigen piketpaaltjes in de grond te slaan en daarna gaat men er pas over praten’, aldus expert H. ‘Bovendien is samenwerking, in het bijzonder bij de veelvoorkomende chronische aandoeningen, lastig omdat er overlap zit in taken tussen de huisarts en de specialist. Het zou er wellicht anders uitzien als ze niet in elkaars vaarwater, maar in elkaar verlengde zaten’ volgens expert I.

Door een minderheid van de experts wordt de doelmatigheid benoemd. ‘We kunnen concluderen dat de zorg door de programmatische aanpak vooralsnog niet goedkoper is geworden’, geeft expert L aan. De verzekeraars hadden hier, volgens expert M, ook ‘assertiever in moeten zijn richting de ziekenhuizen om te bekijken of bepaalde patiënten daar wel horen te zijn en vervolgens moeten opletten dat, als ze uit het ziekenhuis weggaan, er niet een waterbed effect optreedt’. Expert G vindt ‘dat de zorgverzekeraars de ziekenhuizen geen budget moeten geven voor patiënten die niet bij hen horen’. Bepaalde zaken hadden volgens expert M voorkomen kunnen worden ‘als de verzekeraars die bij de contractering direct hadden meegenomen als een soort ‘rode vlaggen: 1. de inclusie; wie wordt geïncludeerd in de ketens; een te brede inclusie leidt veelal tot overbehandeling, dus meer kosten (want er wordt betaald per geïncludeerde patiënt per keten) en ‘het paradoxale effect dat er gigantische uitkomsten komen, want naarmate je meer gezonde mensen includeert ben je best in class in termen van verwijzingen, complicaties en dergelijke’; 2. de sturing; zijn de sturingselementen surrogaat eindpunten - zoals bijv. het cholesterolgehalte of de HbA1c - of echte complicaties; 3. de mate waarin er echt substitutie plaatsvindt vanuit de tweede lijn en 4. als er dan al minder complicaties zijn, in hoeverre wordt dat meegenomen in de contractering van de tweede lijn, anders wordt er dubbel betaald. Daarnaast had de overheid misschien meer naar de risicoverevening moeten kijken’.

Een belangrijk punt waar de zorggroepen, volgens verschillende experts, nu voor staan is: ‘hoe kunnen de zorggroepen doorschakelijken naar individuele, persoonsgerichte zorg en meer de menselijke maat gaan terugvinden, meer gaan differentiëren in de spreekkamer en het zelfmanagement gaan stimuleren. We moeten af van de standaardzorg, de eenheidsworst. Landelijk is men hierover aan het nadenken’.

Ook expert L wil af van ‘het vertalen van de zorgstandaard naar een zorgbehandeling, maar wil toe naar een individuele behandeling’. De toekomstige rol van de POH gaat volgens een aantal experts veranderen, waar expert J aangeeft dat ‘de POH meer echte consulten moet gaan verrichten in plaats van het afwerken van een checklist’, trekt expert M ‘de toegevoegde waarde van een POH voor veelvoorkomende chronische aandoeningen op de lange termijn in twijfel’. Deze laatste expert geeft de voorkeur aan ‘het gebruik van nieuwe technologieën om de gezondheidstoestand van mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen te monitoren. Je kunt de gezondheidstoestand van patiënten in plaats van vier keer per jaar, met een minimale inspanning permanent monitoren. Mochten er signalen zijn van een verslechterde gezondheidstoestand, dan moet de patiënt wel bij een zorgaanbieder terecht kunnen die hem/haar helpt.’

De meerderheid van de experts is van mening dat ‘de zorggroepen wel wat hebben gebracht’, maar de grote meerderheid vindt daarnaast ook dat ‘de gewenste programmatische aanpak nog onvoldoende tot uiting komt’. Voor multidisciplinaire zorg voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen vinden bijna alle geïnterviewden dat ‘de eerste en tweede lijn in ieder geval moeten samenwerken’. Een minderheid van de experts voegt daaraan ‘een samenwerking met de wijkverpleging en/of gemeente aan toe’.

6.2. Topic 2: Chronische zorgnetwerken in Nederland

Hoofdvraag 2. Aan welke kenmerken moeten zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland voldoen?

In onderstaande afbeelding is een overzicht weergegeven van de door de experts genoemde gewenste kenmerken voor een chronisch zorgnetwerk in Nederland. In de tekst die daaronder volgt is, naast de positieve en negatieve reacties op een zorgnetwerk en de succesvolle voorbeelden in binnen- en buitenland, een toelichting gegeven op de kenmerken uit onderstaande afbeelding 6.2.

Kenmerken chronisch zorgnetwerk

- Regionale multidisciplinaire organisatie
 - o Onder één koepel; intramuraal en extramuraal;
 - o Vertegenwoordiging relevante actoren uit nulde, eerste en tweede lijn
 - o Toegankelijk voor ziekenhuis, de gemeente en ook de thuiszorg (wijkverpleging)
 - o Boven lokaal faciliteren en organiseren; de lokale organisaties regelen bepaalde zaken in een wijk
 - o Huisvesting dichtbij ziekenhuis
- Patiënt en klantwaarden staan centraal binnen chronisch zorgnetwerk
- Regio-afhankelijke invulling van chronisch zorgnetwerk

Afbeelding 6.2. Kenmerken voor een chronisch zorgnetwerk in Nederland, verkregen uit expert interviews

Uit het onderzoek blijkt dat de experts verschillend tegen de term zorgnetwerk aankijken. Waar de ene expert een zorggroep met de verschillende ketens en multidisciplinaire zorg in de eerste lijn als een zorgnetwerk betiteld, praat een andere expert pas over een zorgnetwerk als in ieder geval de eerste én tweede lijn er deel van uit maken of als alle lijnen zijn aangehaakt.

De grote meerderheid van de experts ziet een zorgnetwerk voor mensen met veel voorkomende chronische aandoeningen wel als een mogelijkheid om de Triple Aim te realiseren. Zorgnetwerken hebben volgens expert B *‘iets flexibels, dat zich aanpast aan veranderende omstandigheden, omdat het nauwelijks de tijd heeft om te beklijven’*. Expert A vindt *‘zorgnetwerken financieel gezien te vrijblijvend georganiseerd. Want iedereen is 100% autonoom op financieel vlak en dat is lastig te sturen. Het is een partnership zonder dat er echt formeel contractuele zaken zijn afgesproken. Dat gaat goed zolang iedereen daar financieel niet slechter van wordt. De schoen gaat wringen zodra er financiële afspraken met consequenties voor partijen volgen, dan verandert zo’n partnership en iedereen kan er dan zo uit stappen. Dit in tegenstelling tot zorggroepen, want als je daaruit stapt krijg je geen geld meer. Zorgnetwerken hebben dus meer die vrijblijvendheid, financieel gezien.’* Expert M geeft als groot nadeel van een regionaal zorgnetwerk aan dat *‘het netwerk als het ware een monopolist wordt die alleen nog maar incasseert’*. *‘Van competitie en marktwerking in de regio is dan geen sprake meer’* aldus expert C.

Op de vraag naar succesvolle zorgnetwerken, komt ongeveer de helft van de experts, met verschillende voorbeelden uit het buitenland. Expert A en ook D zijn van mening dat *‘Nederland zo’n drie tot vijf jaar achterloopt op het buitenland op het gebied van bekostigingshervormingen’*. Daar voegt expert D aan toe dat *‘we vaak naar de Verenigde Staten kijken omdat daar ook sprake is van gereguleerde marktwerking en ons systeem daar voor een groot deel op gebaseerd is’*. Blue Cross Blue Shield in Massachusetts en Kinzigital in Duitsland worden meerdere keren door de experts genoemd. Daarnaast worden de Clinical Commissioning Groups in Engeland binnen deze context genoemd. Een beschrijving van deze buitenlandse initiatieven is te vinden in hoofdstuk 5. Voor Nederland wordt ParkinsonNet, geïnitieerd door zorgaanbieders in het Radboud UMC in Nijmegen, steeds vaker als toonbeeld voor een zorgnetwerk genoemd. Een nieuw initiatief uit hetzelfde academische ziekenhuis is COPD-net. De initiatieven binnen Blauwe Zorg, o.a. de anderhalvelijns stadspoli’s in Maastricht, lijken veelbelovend. Het initiatief van Vicino in

Noord-Holland Noord wordt daarnaast als positief voorbeeld genoemd. In Nijkerk hebben de zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn stappen gemaakt om de samenwerking op het gebied van longzorg te bevorderen. Expert G ziet integrale geboortezorg, door middel van Verloskundig Samenwerkings Verbanden (VSV's) als een voorbeeld waar het goed kan gaan werken omdat *'de afbakening heel helder is en omdat je de bekostiging voor integrale geboortezorg niet over een ander systeem heen legt (behalve dat het de tweede lijn overlapt, maar het heeft een duidelijk afkappunt. Ze worden wel echt bij elkaar in de schoot gedrukt. Als integrale geboortezorg een succes gaat worden de komende jaren, dan gaat dat misschien ook wel werken voor andere eerstelijnszorg'*.

De bovengenoemde Nederlandse initiatieven van zorgnetwerken worden nader toegelicht in bijlage 6.1.

Hoe een eventueel zorgnetwerk voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen er precies uit moet komen te zien, komt niet eenduidig uit de antwoorden van de experts naar voren. Expert C *'wil wel terug naar het model van de jaren '80 met de wijkverpleegkundigen in de wijk. Er is toen een regiefout gemaakt omdat men maatschappelijk werk, de gezinszorg, de kruisvereniging en de huisartsen bij elkaar heeft gedaan; de afstand van de huisartsen tot het maatschappelijk werk en de thuiszorg was te groot; er had een as gemaakt moeten worden tussen de kruisvereniging en de huisarts'*. Deze expert pleit ervoor *'om de wijkverpleging zeker in het zorgnetwerk te laten participeren, maar de thuiszorg (huishoudelijke hulp) niet'*. Het Chronic Care Model is volgens deze expert hiervoor goed toepasbaar.

Bijna de helft van de experts ziet een regionale multidisciplinaire organisatie dichtbij een ziekenhuis wel zitten, waarbij expert J het belangrijk vindt dat *'het een organisatie is waar zowel het ziekenhuis, de gemeente en ook de thuiszorg (wijkverpleging) kunnen aankloppen'*. Expert H ziet *'graag zoveel mogelijk relevante disciplines vertegenwoordigd in één organisatie'*. Deze organisatie kan volgens expert C onder *'een koepel, waarin zowel intramuraal en extramuraal zijn vertegenwoordigd. De GGZ en fysiotherapeuten zouden hier wellicht ook deel vanuit kunnen maken, maar de huishoudelijke hulp van de thuiszorg bijvoorbeeld weer niet.'* *'Een driehoek van in ieder geval nulde, eerste en tweede lijn, waarbij de inzet van paramedici ondersteunend is'*, aldus expert I. Bijna de helft van de experts vindt het logisch als een zorggroep zo'n regionale organisatie wordt, maar ook een gezondheidscentrum zou deze rol op kunnen pakken, volgens een aantal experts.

Expert H geeft aan *'dat het ziekenhuis wel moet participeren omdat anders een te groot deel van de activiteiten, die beïnvloedbaar zijn in termen van doelmatigheid, patiëntgerichtheid en duurzaamheid, buiten de boot zouden vallen. Bovendien zit er, financieel gezien, een factor 10 of meer tussen de kosten van de eerste en tweede lijn'*. Expert H vindt daarnaast *'dat voor het ziekenhuis de relatie met de huisarts belangrijk is en voor de huisarts daarnaast ook de relatie met welzijn. De relatie tussen ziekenhuis en welzijn heeft minder voeding'*. De twee invalshoeken die deze expert benoemt voor een goed zorgnetwerk bestaat uit *'een voor de patiënt het best mogelijke resultaat, gegeven de omstandigheden en de beschikbare middelen; en voor de zorgaanbieders een situatie waarbij ze op basis van tevoren geformuleerde doelstellingen kunnen zien of ze die ook daadwerkelijk hebben gerealiseerd'*. *Bepaalde zaken moeten boven lokaal gefaciliteerd en georganiseerd worden, dat zou regionaal opgepakt kunnen worden'*, volgens expert J. *'Je zou naast een regionale organisatie dan nog bepaalde lokale organisaties kunnen hebben die bepaalde zaken in een wijk met elkaar regelen.'*

Bepaalde experts verwachten veel van nieuwe technologieën op het gebied van monitoring van patiënten en zelfmanagement bij veelvoorkomende chronische aandoeningen en zien dit graag terug in een zorgnetwerk. Expert B *'ondersteunt ook het belang van monitoren van patiënten met behulp van de nieuwste technologieën en onderstreept daarbij het belang van de nulde lijn. 'Het begint thuis. Leg de focus op wat patiënten wel kunnen en stel daar de tools en middelen voor beschikbaar; de nulde lijn moet een goede toegang tot de zorg*

hebben, maar ook een goede raad en daad functie'. De implementatie van deze nieuwste technologieën is volgens expert H afhankelijk van '1. wat kost iets, 2. hoeveel ervaring is nodig om het te gebruiken of te beoordelen en 3. hoe vaak komt het in de praktijk eigenlijk voor'. Volgens expert M is 'het de verwachting dat bepaalde zorg van de huisartsen en met name POH's voor bepaalde doelgroepen in de nabije toekomst vervangen kunnen worden'. Dat betekent dat segment twee, van het driesegmentenmodel, naar verwachting zal afnemen. Dit heeft een enorme impact op het verdienmodel van de huisarts', aldus diezelfde expert.

De invulling van een zorgnetwerk is volgens een aantal experts regioafhankelijk. Expert L benoemd in dit kader letterlijk *'er moet vooral niet één landelijke blauwdruk komen'. 'Ideaaltypisch werkt iedereen goed met elkaar samen binnen een netwerk, consulteert elkaar wanneer nodig en iedereen doet zijn best voor de patiënt / klant',* volgens expert F. Gezien de verwachte toename van chronisch zieken, die zorg uit alle echelons ontvangen, verwacht expert L dat *'regionaal steeds meer de behoefte tot afstemmen voor een integraal pakket voor goede zorg zal ontstaan, waarbij duidelijk moet zijn wie welke rol oppakt, dat men weet van elkaar wat men doet en met elkaar samenwerkt en in gesprek blijft. Het creëren van een zorgnetwerk met elkaar.'* Volgens expert L *'hangt het commitment voor samenwerking vooral af van de meerwaarde die het kan brengen. Als individuele zorgverleners de meerwaarde zien van samenwerken en zien 1. dat het juist ontlastend kan zijn; 2. juist werk uit handen kan nemen of 3. dat het de kwaliteit van zorg verbetert, dan is het geen last maar een toegevoegde waarde. Daar moet het gesprek over gaan in de regio'.*

6.3. Topic 3: Organisatievoorwaarden en organisatiekenmerken

Hoofdvraag 3. Welke organisatievoorwaarden en -kenmerken, los van financiële prikkels dragen bij aan de realisatie van de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland?

De volgende organisatievoorwaarden voor chronische zorgnetwerken worden door de experts genoemd: 1. regionale multidisciplinaire organisatie (integrator); 2. juridische entiteit; 3. bekostigingsstructuur; 4. interprofessionele samenwerking en consultatiemogelijkheden; 5. verdeling van rollen, taken en verantwoordelijkheden; 6. management en leiderschap; 7. vertrouwen; 8. doelstellingen; 9. selectie en certificering; 10. opleidingsmogelijkheden; 11. standaarden en richtlijnen; 12. ICT infrastructuur; 13. zorginnovatiemogelijkheden en 14. transparantie van uitkomsten.

Deze organisatievoorwaarden dienen op een optimale manier te worden ingevuld binnen het chronisch zorgnetwerk. De door de experts benoemde invulling van de organisatievoorwaarden, als zijnde de organisatiekenmerken, worden per actor vermeld in afbeelding 6.3.

Organisatiekenmerken chronisch zorgnetwerk	
Zorggroepen	• Professionaliteit vergroten • Hoofdaannemerschap verbreden • Governance op verantwoorde manier regelen • Verantwoordelijkheid nemen in aansturing zorgprofessionals • Versterking qua taken en inhoud • Realisatie van Kritische Kwaliteits Kenmerken (KKK's)
Huisartsen	• Afstand doen van professie van ondernemerschap
Ziekenhuizen	• Uit eigen belang samenwerken met eerste lijn • Achterban meekrijgen • Realiseren dat totale zorgkosten niet meer mogen stijgen dan de economische groei • Krimpstrategie in plaats van groeistrategie • Meer maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen voor de zorgkosten
Overheid	• Wet- en regelgeving moeten samenwerking binnen zorgnetwerk niet belemmeren • Mogelijkheden beschikbaar om laag in het veld zaken te laten opborrelen; als men maar met elkaar tot goede afspraak komt • Regionaal ruimte om afspraak tussen zorgverzekeraar/gemeente en regionaal multidisciplinair coördinatiecentrum af te stemmen
Zorgverzekeraars	• Samen met zorgaanbieders goede afspraken maken over hoe de zorg het beste rondom de patiënten kan worden georganiseerd • Maatschappelijk belang zwaarder laten wegen dan concurrentiebelang tussen zorgverzekeraars • Marktleider regionale afspraken laten maken • Samenwerking, één inkoopbeleid en volgbeleid tussen zorgverzekeraars • Bereidheid om elkaars contracten over te nemen • Regie op de zorg moet je samen doen • Alternatieven bieden met duidelijke randvoorwaarden • Actoren uitnodigen om verantwoordelijkheid te nemen • Niet selectief inkopen maar gedifferentieerd belonen • Doorzettingsmacht tonen voor opschalen van goede ideeën
Patiënten	• Value Based Health Care • Creëer waarde voor de patiënt (klantwaarden) en laat patiënten tot hun recht komen • Mindset verandering patiënten voor zelfmanagement, 'patiënt empowerment' en 'shared decision making' • Geef patiënt regie over eigen gezondheid en ondersteun bij nemen van verantwoordelijkheid voor eigen lijf en leden • Focus op wat patiënten wel kunnen • Opleiden patiënten
Alle actoren	• Solide ICT infrastructuur met: - o Goede toegankelijkheid en uitwisselbaarheid - o Real time data van de patiënten voor bewustwording en om elkaar te verleiden voor samenwerking - o Data van zorgverzekeraar gebruiken; eventueel via Trusted Third Party - o Transparantie van uitkomsten onder andere op kwaliteit en kosten • Zorginnovatie met nieuwe technologieën moet mogelijk zijn - o Stel tools en middelen beschikbaar - o Bij monitoringtool is van belang: 1. Inclusie van juiste patiënten 2. ICT verbinding tussen monitortool en regionale multidisciplinaire organisatie en/of ziekenhuis 3. Zelfmanagement van patiënten • Standaarden en richtlijnen: - o Geen losse standaarden maar ziektemodel met generieke omschrijving - o Ontwikkeling van richtlijnen voor zorgnetwerk

Alle actoren (vervolg)	• Selectie en certificering • Opleidingsmogelijkheden voor zorgaanbieders: ◦ Creëer mogelijkheden om bij elkaar onder de motorkap te kijken, om de juiste werkwijze te kennen • Niet alleen focus op ziekte en zorg, maar ook op gedrag en gezondheid • Goed management • Goede leiders / ambassadeurs met duidelijke visie en kennis van zaken • Goede samenwerking en consultatiemogelijkheden tussen betrokken partijen: ◦ Vertrouwen ◦ Juiste attitude ◦ Transparante schotten ◦ Belangen buiten ziekenhuis ◦ Multidisciplinaire vertegenwoordiging in bestuur (governance)
---------------------------	--

Afbeelding 6.3. Organisatiekenmerken voor realisatie Triple Aim voor een chronisch zorgnetwerk in Nederland, gerangschikt per actor, verkregen uit expert interviews

Om een regionale multidisciplinaire organisatie, als onderdeel van een zorgnetwerk met actoren uit nulde, eerste en tweede lijn, te kunnen creëren in een regio geven een aantal experts aan dat het van belang is dat het hoofdaannemerschap niet alleen bij de zorggroep/huisartsen moet liggen, maar dat daar ook de ziekenhuizen/specialisten en idealiter, volgens een kleine minderheid, ook de thuiszorg/wijkverpleegkundigen en volgens een enkeling de patiëntenorganisaties/ patiënten deel van moet uitmaken. Wenselijk is in ieder geval dat het ziekenhuis en/of de specialisten, samen met de zorggroep of huisartsen, samenwerkingsafspraken maken en bestuurlijk onder één koepel vallen en waar mogelijk vastgelegd in een juridische entiteit. Ook expert K is van mening dat *‘er gezamenlijke verantwoordelijkheid moet komen voor de zorgkosten, daarmee prikkel je om 1. het aantal patiënten te verminderen, 2. de ernst van de patiënten te verminderen en 3. als ze dan zorg nodig hebben om dit doelmatig te leveren. Een driedubbele hefboom.’*

Enkele experts zien dit niet zitten omdat de eerste lijn dan meegaat in de ziekenhuisinfrastructuur en die dan onderdeel van het ziekenhuis gaat worden. Zoals expert J het benoemd: *‘dan word je een vakgroep van het ziekenhuis’*.

Voor de ideale situatie zijn er volgens expert D stelselstappen nodig: *‘je moet beginnen met het integreren van disciplines; daarvoor heb je een hamer nodig om de schotten te doorbreken’*.

Volgens expert F heeft het verschuiven van schotten in ieder geval geen effect *‘er blijven altijd schotten, want als je hokjes verzet krijg je ergens anders een schot. Maar het probleem is niet de schotten zelf, maar men wil niet over de schotten heen kijken. Je moet de schotten transparant hebben naar elkaar, dan kun je er doorheen kijken. De attitude van de specialisten/ziekenhuizen en de huisartsen/zorggroepen, twee cruciale spelers, moet volgens deze expert hiervoor dan ook echt veranderen in 1. dat je heel regelmatig met elkaar aan tafel zit; 2. dat je een brede portfolio hebt waarop je samenwerkt en 3. dat je door die brede portfolio voor alle betrokken partijen een situatie kan creëren dat het ‘een kwestie van geven en nemen is en van elkaar dingen gunnen. Attitude begint bij jezelf.’* In aanvulling hierop is expert H van mening dat *‘als je erin gelooft dat dingen beter kunnen en dat je in de gezamenlijkheid er meer van kunt maken dan dat ieder dat voor zich doet, dan heb je een heel ander vertrekpunt’*.

Belangrijke voorwaarden hierbij, die door de meerderheid van alle geïnterviewde personen worden genoemd, zijn ‘vertrouwen en/of samenwerken’. *‘Vertrouwen komt te voet en gaat te paard’* en *‘als gelijkwaardigheid niet gevoeld wordt door alle betrokken partners dan strandt*

het snel en zijn ze niet in staat de stappen te maken die wel gewenst zijn', aldus expert A. Volgens een aantal experts heeft er in de situaties waarin de Triple Aim wél gerealiseerd is, dit alles te maken met de onderlinge samenwerking en het vertrouwen dat de eerste en tweede lijn in elkaar hebben. Expert L vindt het erg belangrijk dat *'de verschillende partijen in een regio 1. met elkaar in gesprek zijn; 2. elkaar kennen en vertrouwen en 3. weten waarvoor je bij anderen terecht kan en weten wat je zelf moet doen en ook wat je vooral niet zelf moet doen. Als basis om daar goede afspraken over te kunnen maken.'* Expert C vindt een *'verleidingsstrategie'* hiervoor zeer geschikt.

De grote meerderheid vindt daarnaast een solide ICT-infrastructuur met goede toegankelijkheid en uitwisselbaarheid tussen de verschillende betrokkenen belangrijk. Expert J noemt de ICT *'een permanent zorgenkindje, weinig flexibel, traag in zijn ontwikkeling en enorm versnipperd waardoor je heel veel koppelingen moet maken'*. Real time data van de patiënten om elkaar bewust te maken wat er gebeurt en elkaar te verleiden om de samenwerking met elkaar aan te gaan, is volgens bepaalde experts cruciaal. *'Dokters zijn keizers op de vierkante meter, daar wordt niet hardhandig een spiegel voorgehouden, laat staan dat ze gedwongen worden om erin te kijken'*, aldus expert E. De data van de zorgverzekeraar kunnen volgens deze expert daarbij enorm helpen. De vraag is daarbij wel wat vanuit oogpunt van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) mogelijk is in Nederland. Expert I geeft aan dat *'een Trusted Third Party [een vertrouwde derde instantie die bijvoorbeeld broncodes, datacertificaten en sleutels voor derden in bewaring neemt], hier wellicht een rol in kan spelen'*.

In aansluiting op de verbetering van de ICT-mogelijkheden zijn er ook een aantal experts die vinden dat er meer gebruik gemaakt moet worden van de nieuwste technologieën op het gebied van monitoring van patiënten. Expert B ziet mogelijkheden om hiervan gebruik te maken *'ter ondersteuning van bewustwording en verantwoordelijkheid bij de patiënt. Die moet gestimuleerd worden door bijvoorbeeld tools, meetapparatuur of een onlineverbinding met een centrum die alles monitort'*. *'De inclusie van de juiste patiënten is hierbij ook van belang. Daarnaast dient er een verbinding te zijn tussen de monitortool en de regionale organisatie en/of ziekenhuis. Zelfmanagement van de patiënten speelt hierbij een belangrijke rol'*, aldus expert M.

Andere experts noemen naast zelfmanagement *'patiënt empowerment en shared decision making'*. Een mindset verandering van de patiënten is hiervoor wellicht noodzakelijk. Het zou volgens expert G dan ook helpen *'als zorgverzekeraars met zorgaanbieders en idealiter met patiënten goede afspraken maken over hoe de zorg het beste rondom de patiënten georganiseerd kan worden. Met de huidige wet- en regelgeving is het laag laten opborrelen in plaats van bovenaf bepalen mogelijk. Deze methode, het geven van veel vrijheid voor partijen in het veld, kent veel voordelen nu en voor in de toekomst: 1. qua regelgeving hoeft je niet aan veel voorwaarden te voldoen, als je maar met elkaar tot een goede afspraak komt en 2. er is regionaal veel ruimte om de afspraak tussen zorgverzekeraar en multidisciplinaire zorgaanbieder af te stemmen op a. wat er beschikbaar is; b. welke type aanbieders in de regio zijn en c. specifieke wensen van patiënten.'* *'De patiënt de regie geven over zijn/haar gezondheid, ondersteunen bij het nemen van de verantwoordelijkheid voor eigen lijf en leden'* aldus expert B. *'Voor de patiënt het best mogelijke zorgresultaat, gegeven de omstandigheden en de beschikbare middelen'*, aldus expert H. Value Based Health Care is een term die door verschillende experts hierbij wordt genoemd. Het gaat om de klantwaarden, de waarden die voor de patiënt belangrijk zijn (zie paragraaf 1.5).

Volgens expert I zijn voor een chronisch zorgnetwerk de volgende organisatievoorwaarden en -kenmerken van belang en toepasbaar op een zorgnetwerk voor mensen met een veelvoorkomende chronische aandoening: *'1. regionale ondersteuning; 2. transparantie van kwaliteit; 3. het opleiden van professionals, 4. het opleiden van patiënten, 5. het promoten van een netwerk; 6. selectie en certificering; 7. ontwikkeling van richtlijnen en 8. zorginnovatie.'*

Van de zorgverzekeraars wordt, volgens bijna de helft van de experts, ook een aantal aanpassingen verwacht om bovenstaande stappen voor de realisatie van de Triple Aim binnen chronische zorgnetwerken te realiseren. De zorgverzekeraars zijn er om 1. het zorglandschap van de toekomst aan te laten sluiten bij de zorgvraag en 2. deze te verzekeren van toegankelijke goede zorg tegen een goede prijs. Ons stelsel is gericht op competitie tussen zorgverleners en zorgverzekeraars; een gepercipieerd spanningsveld met samenwerking. Expert F is van mening dat zorgverzekeraars *‘een goed beeld van de zorggroepen hebben in een bepaalde regio. Daardoor heeft de zorgverzekeraar ook ideeën over hoe je best practices in een bepaalde regio kunt inzetten, met de rekenschap dat er geen blauwdruk bestaat omdat elke regio anders is. Het opschalen van goede ideeën is nodig en zorgverzekeraars moeten hiervoor doorzettingsmacht tonen. Niet zozeer de macht in combinatie met de zak geld, maar het gezag op basis van kennis en kunde, integriteit, waarden en normen’*.

Andere verwachtingen voor de zorgverzekeraars van de experts op dit vlak zijn:

- Expert J is van mening dat *‘de attitude van een zorgverzekeraar erg belangrijk is’*. De expert adviseert om *‘met elkaar het gesprek aan te gaan, want de regie op de zorg moet je meer samendoen’*;
- *‘Laat het maatschappelijk belang zwaarder wegen dan het concurrentiele belang tussen verzekeraars’*, gaf expert B aan;
- Laat de marktleiders in een bepaalde regio afspraken maken;
- *‘Be brave’, er moet nu een zorgverzekeraar opstaan die het aandurft om bekostigingshervormingen door te voeren door met aantrekkelijke contracten voor de zorgaanbieders te komen, om ze verleiden om in te stappen, met een kritische massa zodat iedereen eenduidige prikkels heeft in de regio. Een samenwerking, volgbeleid en inkoopbeleid tussen zorgverzekeraars; als je investeringen doet, heb je daar als grootste zorgverzekeraar met de grootste massa ook het meeste profijt van als je het goed doet, je bent daarin ‘first mover’, zo ziet expert A dit;*
- *‘Verzekeraars moeten bereid zijn om überhaupt elkaars contracten over te nemen’ . Natuurlijk wel met de goede transparantie en verantwoording’*, aldus expert B’
- De rol voor de zorgverzekeraar is het bieden van een alternatief voor wat er nu ligt. Met hele duidelijke randvoorwaarden en partijen uitnodigen om verantwoordelijkheid te nemen. Als je een mogelijkheid creëert dan gaat de zorg zich zo organiseren. Opschaling is hierbij van belang;
- *‘Zorgverzekeraars moeten zich herbezinnen, niet alleen maar donkerblauw zijn, door alles te willen controleren, maar ook stimuleren en monitoren met behoud van het goede: transparantie en aanspreekbaarheid’* aldus expert J;
- Zorgverzekeraars hebben de taak om zorg in te kopen namens de verzekerden. Nu wordt er selectief ingekocht, maar dit staat nergens; het gaat om gedifferentieerd belonen. *‘Onderhandelen kun je op prijs, maar over kwaliteit en verandering moet je de aanbieder vragen hoe hij denkt dat het beste is’*, aldus expert F;
- Expert B zou het ideaal vinden om de basiszorg regionaal in te kopen. In die zin hadden de zorgkantoren wellicht beter niet ontmanteld kunnen worden’.

6.4. Topic 4: Financiële prikkels

Hoofdvraag 4. Welke financiële prikkels zijn toepasbaar om de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland te realiseren?

In afbeelding 6.4. is een overzicht weergegeven van de volgens de experts in Nederland toepasbare financiële prikkels om de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veel voorkomende chronische aandoeningen te realiseren. Onder de afbeelding worden de financiële prikkels nader toegelicht.

Financiële prikkels chronisch zorgnetwerk
1. Basisbekostiging hoofdcontractant • Integraal tarief, bekostiging per verzekerde voor zorgnetwerk (integrale populatiebekostiging) - o Opslag voor overheadkosten in tarief - o Bekostiging overhead met losse module
2. Basisbekostiging subcontractanten • Specialisten in loondienst • Geen bekostiging per zorgactiviteit / verrichting • Abonnementstarief • Combinatie van bekostigingsmethoden
3. Aanvullende bekostiging • Prestatiebeloning (pay for performance) - o Bij voorkeur geïntegreerd met basisbekostiging - o Relevante indicatoren voor: 1. kwaliteit van zorg; 2. kwaliteit van leven; 3. samenwerking; 4. patiënt-ervaring - o Belangrijk hierbij is: - Vormingsaspecten voor betalen: 1. bonus/malus; 2. frequentie van betalen - Niet alleen focus op wat je betaalt maar ook op holistische benadering - Risico op selectie; door inadequate risicocorrectie
4. Dekking van zorgbundel o Alle zorg noodzakelijk voor de gedefinieerde populatie
5. Populatieafbakening • Bij een zorggroep betreft dat alle patiënten / verzekerden ingeschreven bij de huisartsen die aangesloten zijn bij een zorggroep • Bij een ziekenhuis betreft dit het adherentiegebied van een ziekenhuis of de populaties van een aantal zorggroepen dichtbij het ziekenhuis
6. Risicocorrectie • Correctie voor zorgzwaarte
7. Hoofdcontractant / Risicodragende organisatie • Zorggroep • Ziekenhuis / Medisch Specialistisch Bedrijf / Maatschap / Aantal specialisten • Thuiszorg en/of Patiëntenverenigingen, in combinatie met bovenstaande organisaties • Combinatie van bovenstaande organisaties
8. Contractering • Meerjarencontracten / meerjarenafspraken • Alternatieve contracten, bijvoorbeeld Alternative Quality Contract (AQC)
9. Risicodeling • Shared losses en shared savings / Capitation • Goede verdeelsleutel belangrijk • Prospectief (vooraf op basis van de kosten die kunnen worden verwacht indien alleen aanbevolen zorg wordt geleverd volgens evidence-based richtlijnen) of retrospectief (achteraf)
10. Financiële prikkels richting populatie Zorg in zorgstandaarden dient via basispakket gedekt te zijn; in huidige situatie is dit niet het geval

Afbeelding 6.4. Toepasbare financiële prikkels voor de realisatie van de Triple Aim voor een chronisch zorgnetwerk in Nederland, verkregen uit expert interviews

Ad.1 Basisbekostiging hoofdcontractant

De bekostiging van de keten DBC is volgens de helft van de experts niet het eindstation, maar wel een mooi tussenstation. Het eindstation wordt door verschillende experts gezien als een bekostiging, niet zozeer per aandoening of per patiënt, maar per verzekerde (populatiebekostiging). *‘Omdat daar ook een prikkel in zit voor het voorkomen van zorg en bevorderen van de gezondheid (preventie). Als je betaalt per aandoening of per patiënt dan blijft de prikkel erin zitten om 1. te behandelen, 2. om patiënten op te nemen en 3. niet te voorkomen dat iemand patiënt wordt’, aldus expert K.*

'Binnen zo'n integraal tarief kan een opslag zijn opgenomen voor de overheadkosten van de hoofdaannemer van het zorgnetwerk. De overheadkosten kunnen ook los worden bekostigd, middels aparte modules. 'Bij vrije tarieven kan de individuele zorgverlener in de afspraak met de verzekeraar een iets hoger tarief afspreken, ten behoeve van de afdracht van de organisatie; bij gereguleerde tarieven moet er eigenlijk nog iets bovenop; je zou kunnen kijken wat je nu betaalt in de keten en daar misschien het inschrijftarief later voor opschonen' volgens expert G.

Ad.2 Basisbekostiging subcontractanten

De meeste expert willen geen bekostiging per zorgactiviteit/verrichting.

Expert H ziet mogelijkheden voor een abonnementstarief; feitelijk is dat een bedrag wat betaald wordt per verzekerde. Deze expert ziet als voordeel dat *'je weet wat je middenkader is; maar als nadeel een betrekkelijk geringe prikkel om dingen zelf te doen. Uiteindelijk denk ik dat de motivatie om dingen te doen niet te sterk gekoppeld moet worden aan allerlei financiële prikkels, omdat het anders snel een smaak krijgt dat het een verdien- of een bezuinigingsmodel is.'*

Expert M zegt over het abonnementstarief dat *'hiermee de financiële prikkels kortdurend worden uitgeschakeld om te kijken wat er dan gebeurt. Huisartsen krijgen dan bijvoorbeeld een abonnementstarief, zonder consulttarief, gebaseerd op historische inkomsten. Er zit dan een opslag bij voor de chronische zorg. Ook hiervoor is een risicocorrectie van belang. Het risico op onderbehandeling dient daarbij in de gaten te worden gehouden. Ook bij een ziekenhuis is een abonnementstarief toepasbaar om de samenwerking te stimuleren en aan de hand van indicatoren bijvoorbeeld doorverwijzingen naar het ziekenhuis of terug verwijzingen naar de eerste en nulde lijn, om te kijken wat er gebeurt. Zorgaanbieders kunnen gevraagd worden wat zij belangrijk vinden, wat hun ankerpunten zijn. Er bestaat dan de mogelijkheid om even onder de motorkap te kijken. Het abonnementstarief geeft mogelijkheden om te leren wat er gebeurt; het is eigenlijk een manier om naar een nieuwe bekostigingssystematiek toe te gaan; zodat je even de prikkels uitschakelt en dat je vervolgens naar een veredeling van prikkels kunt.'*

In het Westland, waar men de drie keten DBC's voor de veelvoorkomende chronische aandoeningen heeft laten vallen voor één tarief voor alle 28 chronische aandoeningen, (zoals deze zijn aangewezen door het RIVM) experimenteert men met een nieuwe bekostigingsmethode.

Expert C zou *'omwille van het verminderen van financiële prikkels, willen dat alle specialisten in loondienst zijn; in ieder geval bij de anderhalvelijnszorg. Dat maakt een aanzienlijk verschil, want anders gaan die specialisten zeggen dat ze het niet voor zo'n consultprijsje gaan doen'*. Deze mening wordt door de helft van de experts gedragen. Ook zou een inschrijftarief met scheiding van diagnostiek en behandeling mogelijk zijn.

Expert D ziet het als volgt met betrekking tot financiële prikkels richting onderaannemers: *'De cruciale vraag is hoe de hoofdaannemer 1. de prikkels die hij ervaart; 2. het beheersen van de kosten en 3. het voorkomen van aandoeningen (preventie) kan doorspelen aan gecontracteerde onderaannemers. Je zou de onderaannemers bijvoorbeeld ook weer een budget per verzekerde kunnen geven. Alleen de onderaannemers zijn kleiner en de vraag is of zij dit risico dan nog wel kunnen dragen'*.

Ad. 3. Aanvullende bekostiging

Aanvullende bekostiging, bijvoorbeeld uitkomstbekostiging of pay for performance; *'theoretisch zou het bij chronische zorg kunnen werken, maar in de praktijk is het lastig te implementeren'*. 'Een aantal zaken zijn volgens expert D bij pay for performance van belang: 'a. Kwaliteit inzichtelijk maken: a1. Definieren wat goede kwaliteit is; hiervoor schakelen met de beroepsgroepen ; a2. Kwaliteit moet te meten zijn; kun je het op een betrouwbare manier doen? a3. Validiteit: meet je wat je wilt meten en meet je niet toevallig ziekte zwaarteverschillen tussen patiënten; je moet corrigeren voor ziektekenmerken. Is ook bij de

performance opslag van belang. b. Hoe ga je betalen/vormgevingsaspecten?: b1. Bonus/malus; b2. Frequentie van betalen: liefst zo vaak mogelijk, zo maak je de prikkel zichtbaar; een nadeel is dat je bijvoorbeeld na een maand nog niet voldoende informatie hebt om daar inzicht in te krijgen. c. Risico is dat de aandacht gaat naar waar je voor betaalt en dat kan ten koste gaan van andere aspecten van de zorgverlening. d. Daarnaast heb je een risico op selectie door inadequate risicocorrectie en daarnaast ook e. Selectie omdat bepaalde aandoeningen niet terugkomen in de aandoeningen waar je voor betaald wordt. Dit kan onbewust gaan. In een Quality and Outcomes Framework (QOF) is de betaling op basis van pay for performance dan ook teruggebracht van 25-30% naar 12,5%, omdat er teveel aandacht was voor de gemeten aspecten van de zorgverlening.'

Ad. 4 Dekking van zorgbundel

Het wordt belangrijk gevonden dat de zorg, die in de zorgstandaarden beschreven staat, gedekt wordt door het basispakket.

Ad. 5. Populatieafbakening

De populatieafbakening moet van tevoren duidelijk zijn afgesproken bij elke soort van bekostigingsafpraak:

- Bij een zorggroep betreft dat alle patiënten/verzekerden ingeschreven bij de huisartsen die deel uitmaken van de zorggroep;
- Bij een ziekenhuis betreft dit het adherentiegebied van een ziekenhuis of de populaties van een aantal zorggroepen dichtbij het ziekenhuis.

Ad. 6 Risicocorrectie

Correctie voor de zorgzwaarte; dit is 1. belangrijk voor de eerlijkheid naar de zorgaanbieder, die niet gestraft moet worden voor het hebben van een ongezonde populatie; 2. maar ook voor de prikkel om risicoselectie te voorkomen en 3. om doorverwijzen naar andere zorgaanbieders te voorkomen; als de zorgbundel breder wordt, is die risicocorrectie steeds belangrijker.

Ad. 7 Hoofdcontractant/Risicodragende organisatie

'Nu ligt het hoofdaannemerschap vooral bij de zorggroepen. Zouden MSB's (Medisch Specialistische Bedrijven) zich kunnen laten inhuren voor zorggroepen of kan het MSB misschien deels aandeelhouder van de zorggroep worden?', expert F vraagt zich dit in openheid af. Enkele andere experts zien het ziekenhuis als risicodragende partij die het vaste bedrag per verzekerde kan krijgen. Expert A denkt *'dat een hoofdaannemer via een juridische entiteit bijvoorbeeld een coöperatie of een BV-constructie, waarbij 50% in handen is van het ziekenhuis en 50% van de eerste lijn, zou kunnen werken'*. Multidisciplinariteit van het hoofdaannemerschap is door bijna de helft van de experts gewenst. Een aantal experts zien ook mogelijkheden voor partijen, zoals de thuiszorg of de gemeente, om hiervan deel uit te maken. Een enkeling noemt zelfs de patiëntenverenigingen.

Ad. 8 Contractering

Meerjarencontracten worden door een aantal experts genoemd om de investeringen, die meestal niet op korte termijn terugvloeien, toch te kunnen dekken. Deze *'contractzekerheid'* is van groot belang. Gezien de huidige dynamiek in het zorgveld denken een aantal andere experts eerder in termen van *'meerjarenafspraken in plaats van meerjarencontracten'*. Expert F ziet wel *'meerjarige afspraken mogelijk over de richting, de inhoud, de intenties en de koersbepaling. Laat zien dat je wilt belonen voor goede zorg en vraag op welke (kwaliteits)indicatoren dit moet gebeuren. Beloning op indicatoren voor 1. kwaliteit van zorg; 2. kwaliteit van leven; 3. samenwerking; 4. patiëntervaring (in de samenwerking, hoe is de overdracht en draagt dat bij aan 3a. de kwaliteit van leven (gezondheidsuitkomst) en 3b. participatie uitkomst. De indicatoren moeten 1. op betrouwbare valide wijze te meten zijn (geschikte informatiebron en voldoende aantallen; 2. aansluiten bij de feitelijke zorgverlening; 3. aansluiten bij de registratie die ze ook gebruiken voor de eigen professie.'*

Bijna de helft van de geïnterviewde personen denkt dat het Alternative Quality Contract (AQC) van Blue Cross and Blue Shield in Massachusetts niet alleen in theorie, maar ook in de praktijk een mooi voorbeeld voor Nederland zou kunnen zijn. Expert A benoemt het voordeel als volgt *'het bestaande bekostigingssysteem blijft grotendeels intact en er komt één contract bij. Dat aanvullende contract komt er niet boven, maar ernaast. De financier contracteert direct de zorgaanbieders op dezelfde wijze als nu het geval is. Het moet sturend werken en bijdragen aan de realisatie van de Triple Aim'*.

Ad. 9 Risicodeling

Volgens expert A is het van belang dat het *'wrong pocket probleem, dat houdt in dat de baten niet neerslaan bij degenen die de kosten maken'*, opgelost moet worden. Shared losses en shared savings: het risico en de winst kunnen respectievelijk gedeeld worden tussen hoofdaannemer en financier. Expert A is van mening *'dat het Insurance Risk bij de verzekeraar moet liggen want dit zijn risico's die zorgaanbieders echt niet kunnen dragen en de verzekeraar wel, die heeft een grote pool van verzekerden; Performance Risk kan wel neergelegd worden bij de aanbieders'*. Toch zijn er ook verschillende experts kritisch over shared savings omdat, volgens expert M *'dit maar tijdelijk werkt en niet oneindig kan doorgaan'*.

Een goede verdeelsleutel is bij shared savings van belang. Want als er een besparing gerealiseerd is, wordt deze uitgekeerd op basis van die verdeelsleutel. Hierbij is het mogelijk om *prospectief* (vooraf) te betalen. Voor de prikkels is het misschien het beste om prospectief te betalen. *'De hoofdaannemer moet iets met dat geld gaan doen en dat geeft dan ook een prikkel voor de onderaannemers. De prikkel moet dan van hoofdaannemer doorgespeeld worden naar onderaannemer. De werkbaarheid is lastig omdat hiervoor de hele betaalsystematiek omgezet moet worden (ICT en software zijn erg complex). Mocht alles op een retrospectieve manier goed lopen dan kun je wellicht stap voor stap op een later moment ook de declaratiesystematiek en de systemen wijzigen en dan gaan naar prospectieve betaling'*, aldus expert D. Veelal betreft het een virtueel budget, waarmee achteraf kan worden vergeleken. De betaling vindt dan retrospectief plaats.

Ad.10 Financiële prikkels richting verzekerde

Voor financiële prikkels richting patiënten/verzekerden wordt het voorbeeld uit Duitsland, Kinzigtal genoemd. *'Hier geven patiënten een commitment af en nemen jaarlijks deel aan een programma of cursus, waarna ze korting op de eigen bijdrage krijgen'*, expert B vindt dit een goede prikkel. Ondanks dit goed werkende voorbeeld in Kinzigtal, zijn de meeste experts niet voor het geven van financiële prikkels richting patiënten. *'Zorgverzekeraars kunnen sturen richting een verzekerde, maar dit niet koppelen aan de betalingswijze tussen zorgverlener en zorgverzekeraar. Het sturen kan wel via het zorgaanbod en de betalingsafspraken die daarbij gemaakt worden, maar niet via de zorgpolis. Hiervoor zijn geen aanvullende financiële prikkels nodig'*, volgens expert F.

De bekostiging van de multidisciplinaire zorg is volgens expert G op dit moment erg bijzonder, *'want een groot deel van de multidisciplinaire zorg betreft huisartsenzorg, die op zichzelf al een inschrijvingstarief heeft. Daar is een multidisciplinair tarief overheen gelegd dat goed werkt voor één ziektepad (bijv. Diabetes, waar mee het begonnen is). Maar nu er naast astma, COPD en CVRM nog allerlei dingen aankomen, zoals kwetsbare ouderen en dementie, komen er steeds meer keten-DBC's, die over de bestaande bekostiging heen worden gelegd.'* Kortom: een complex geheel waarbij de overlap soms frustrleert bij bepaalde experts.

Een combinatie van bekostigingsmethoden, zoals we in Nederland nu ook al hebben, vindt expert D ideaal: *'pay for performance, geïntegreerd bij een basisbekostiging, bijvoorbeeld populatiebekostiging mits alle randvoorwaarden vervuld zouden zijn: risicodragendheid, risicocorrectie en een goede ICT voorziening. Dan zou de AQC een mooi eindstadium zijn maar we zijn er hier in Nederland nog echt niet klaar voor.'* Expert F ziet hiervoor het cappuccinomodel als ideaal: *'wat nodig is zit in de basis en het experimenteren zit in het melkschuim'*.

6.5. Topic 5: Stappen realisatie Triple Aim

Hoofdvraag 5. Welke stappen met betrekking tot financiële prikkels, kunnen op korte termijn vanuit de huidige situatie met zorggroepen dan wel (middel-)lange termijn worden gezet om de Triple Aim voor een zorgnetwerk voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland te realiseren?

Er zijn experts die de bekostiging van ondergeschikt belang vinden. *‘Gedrag verandert weliswaar door financiële prikkels, maar alleen bekostigingsstructuren inrichten is vaak nog niet het halve werk’*, aldus expert F.

Sinds het eerstelijnsakkoord is openheid gecreëerd. Het uitgangspunt van de regulerende instanties die de uiteindelijke bekostigingstitels bepalen is dan ook om niet de belemmerende factor te zijn. Deze instanties willen *‘aansluiten bij wat er in het veld gaande is en mogelijkheden creëren voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders om dingen te doen, die deze partijen willen doen’*. Innovaties kunnen volgens deze instanties van binnenuit de zorgaanbieders en zorgverzekeraars georganiseerd worden. Uiteraard wel in overleg en het moet passen binnen het macrobudget. Of de recente uitspraak van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (zie hiervoor paragraaf 4.1.) dit in de weg staat is nog niet bekend. Nader onderzoek wordt nog verricht naar hoe aan de uitspraak gehoor kan worden gegeven.

De onderzoekers hebben de experts naar hun ideeën gevraagd over welke stappen op dit moment gezet kunnen worden om de Triple Aim, destip op de horizon, te kunnen realiseren voor zorgnetwerken voor mensen met veel voorkomende chronische aandoeningen. De volgens de experts noodzakelijke stappen staan in afbeelding 6.5. weergegeven en worden onder de afbeelding nader toegelicht.

Stappen realisatie Triple Aim

1. Stap naar integrale populatiebekostiging
2. Stap naar een regionale multidisciplinaire organisatie
3. Stap naar een geschikte ‘krimpstrategie’ voor ziekenhuizen

Afbeelding 6.5. Stappen voor realisatie Triple Aim voor chronische zorgnetwerken in Nederland, verkregen uit expert interviews

Ad 1. Stap naar integrale populatiebekostiging

- a) Volgens expert D zijn *‘de keten DBC’s voor veelvoorkomende chronische aandoeningen, gecontracteerd bij een zorggroep, een eerste stap in de goede richting geweest’*;
- b) Een volgende stap zou kunnen zijn om de bepaalde ketens samen te voegen zoals astma & COPD en Diabetes & CVRM. Hierbij steeds meer aggregeren, zodat zorgaanbieders kunnen wennen aan het dragen van financieel risico. Voor de versterking van zorggroepen vindt expert A dat er een uitbreiding van de zorgprogramma’s tot bijvoorbeeld vier of zes moet plaatsvinden, om financieel gezien *‘meer vet op de botten te krijgen om risico’s te kunnen dragen want hoe groter de zorggroep hoe meer risico gedragen kan worden’*. Eventueel kan een zorggroep voor het risico een herverzekering afsluiten. Expert C geeft aan dat het wenselijk is om *‘naar een ziektemodel te gaan ‘hoe om te gaan met chronisch zieken’ als generieke omschrijving. Een kapstok hoe je met chronisch zieken moet omgaan. Niet meer losse zorgstandaarden, waarin zaken die voor alle chronisch zieken van belang zijn op heel verschillende manieren zijn beschreven zijn. Om nu de stap te maken van die zorgstandaarden naar toch een aggregatie hoger’*; stap vervolgens van *‘bekostiging van aandoening’ naar ‘patiënt in eerste lijn’*, dan wordt ook direct het probleem van multimorbiditeit meegenomen; Voorzichtig hierbij de stappen maken naar delen van

besparingen (shared savings; bepaalde kostendoelen vergelijken met de werkelijke kosten en dan de besparingen berekenen);

- c) Vervolgens de tweedelijnszorg en eventueel de zorg uit het sociale domein includeren in de zorgbundel en
- d) Uiteindelijk alle zorg van een verzekerde includeren en *‘een budget per verzekerde’ invoeren, dan gaan de zorgaanbieders/hoofdaannemer financieel risico dragen, dan worden het een soort miniverzekeraars’.*

Ad 2. Stap naar een regionale multidisciplinaire organisatie

- a) De oprichting van zorggroepen is hiervoor de eerste stap geweest;
- b) Om een zorggroep te kunnen laten uitgroeien tot een regionale multidisciplinaire organisatie moeten zorggroepen samenwerkingsverbanden aangaan met andere eerstelijnszorgprofessionals bijvoorbeeld apothekers, wijkverpleegkundigen en paramedici, om de coördinatie van alle zorg voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in de eerste lijn op zich te kunnen nemen;
- c) De volgende stap is het aangaan van samenwerkingsverbanden met andere relevante organisaties uit de regio. Per organisatie kan onderscheid gemaakt worden of dit alleen het bestuurlijk niveau en de coördinatie van de zorg betreft of ook in een juridische entiteit wordt vastgelegd. Met welke organisatie(s) de samenwerking wordt aangegaan en in welke vorm is regioafhankelijk:
 - Met de tweede lijn in ieder geval op bestuurlijk niveau voor de gezamenlijke coördinatie, maar beter ook gezamenlijke verantwoordelijkheid over de kwaliteit van zorg en zorgkosten, vastgelegd in een juridische entiteit om een echte integrator te kunnen zijn;
 - Als de tweede lijn erbij wordt betrokken is een hoofdaannemer nodig die voldoende geëquipeerd is om ook de tweede lijn erbij te kunnen halen en mee te laten delen in de besparingen. Niet alleen via meekijkconsulten participeren, maar in het hoofdaannemerschap;
 - Geef de tweede lijn de tijd om te anticiperen op omzetsdalingen. Vaste lasten niet in één dag afbouwen, maar in drie tot vijf jaar;
 - Vrijgekomen budget in eerste instantie laten gebruiken voor innovaties;
 - In een later stadium wellicht om nulde en eerste lijn verder te versterken.
 - Met een thuiszorgorganisatie voor de wijkverpleging;
 - Met de gemeente;
 - Bepaalde experts hebben benoemd dat ze zelfs de patiëntenvereniging hierin graag geparticipeerd zien;
 - Maar ook met partijen die bepaalde zorg kunnen vervangen met eenvoudigere, kwalitatief betere, meer patiëntgerichte en/of doelmatigere technologieën;
 - Indien bepaalde zorg binnen een bekostigingssegment (bv segment twee) wordt vervangen, zal dit segment in omvang afnemen en wellicht in de toekomst verdwijnen. Dit is een inbreuk op het verdienmodel van de huisarts, hier op moet op voorhand worden geanticipeerd.

In de praktijk is er veelal weerstand voor samenwerkingsverbanden door 1. belangen; 2. omdat men dan echt moet gaan samenwerken en 3. er moeten allerlei nieuwe constructies worden bedacht. Hiervoor is het volgende van belang:

- Voer met elke organisatie waarmee samengewerkt gaat worden discussie over elkaars belangen in plaats van discussie over de standpunten. *‘Als belangen besproken worden, kan gekeken worden of men elkaars belangen kan accommoderen en faciliteren, vanuit het vertrouwen’*, aldus expert F;

- *'Iedereen moet de stimulans hebben om voorwaarts te integreren, van academisch naar top klinisch, top klinisch naar basis ziekenhuizen, basis ziekenhuizen naar anderhalvelijnscentra, anderhalvelijnscentra naar eerste lijn, en eerste lijn naar nulde lijn', volgens expert B;*
- *'Vaak gebeurt dit alleen vanuit intrinsieke motivatie, een verleidingsstrategie kan hier wellicht aan bijdragen', aldus expert C;*
- *Zorgverzekeraars kunnen volgens Expert A daaraan bijdragen: 'Het eerste contract moet een win voor het zorgnetwerk zijn, genereus en langdurig met kwaliteitsindicatoren, waarvan een aantal uitkomstindicatoren'.*

Ad 3. Stap naar een geschikte 'krimpstrategie' voor ziekenhuizen

Om een regionale multidisciplinaire organisatie, als onderdeel van een zorgnetwerk met actoren uit nulde, eerste en tweede lijn te kunnen creëren in een regio *'moeten de belangen buiten het ziekenhuis komen te liggen, zeker als we echt substitutie willen bewerkstelligen'* aldus expert C die vervolgt met *'de zorg extramuraal versterken door de samenwerking met ziekenhuizen, wijkverpleging en geriater voor de ouderengeneeskunde te stimuleren'.*

Volgens expert G zouden ziekenhuizen *'vanuit eigen belang mee moeten werken aan het feit dat de patiënt, waar ze zich niet mee bezig moeten houden, daaruit weggaat. De enige manier hiervoor is dat de specialist zelf gaat meedraaien in de eerste lijn via meekijken of consulteren; dan ziet hij die patiënt niet meer in het ziekenhuis en heeft hij er voordeel van dat hij daar alleen nog die patiënten krijgt die er horen'.*

Expert F benoemt *'dat de ziekenhuizen zich moeten realiseren dat hun toekomst anders is dan voorheen. Ze moeten niet alleen denken in termen van groei maar ook in termen van krimp. Een goede groeistrategie is misschien wel krimpen, niet het specialiseren alleen, maar op een bepaalde manier afbouwen met een passend afbouwtraject van een aantal jaren. Expert B vindt daarbij 'een combinatie van 1. realisme dat de totale zorgkosten niet meer mogen stijgen dan de economische groei, dat is het hek om het budget heen en 2. binnen dat budget meer de maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen' belangrijk.*

Als tussenstap stelt Expert M *'mochten bepaalde stappen te groot zijn om in een keer te maken, kan een abonnementstarief voor huisartsenzorg of tweedelijnszorg mogelijk een tijdelijke oplossing zijn om te kijken wat er gebeurt. De prikkels worden dan enigszins uitgeschakeld. Belangrijk hierbij is wel dat er gemonitord moet worden wat er dan gebeurt'.*

'Andere betaaltitels zijn echt het sluitstuk, het zijn geen essentiële randvoorwaarden, maar het helpt wel het uiteindelijk te consolideren. Het wordt inzichtelijk en daarmee wordt het publiekelijk erkend. De contractering (de afspraken die worden gemaakt) is echter nog veel belangrijker, want 'die schering en inslag van contractering en bekostiging zijn belangrijk om vooruit te komen. 'Met alleen bekostiging kom je er niet. Dit geldt zowel voor titels als voor bekostigingsmodellen als shared savings. Het is een mix van contracteringsstrategieën en bekostigingstrategieën. Maar het idee dat je via een bekostigingstitel de wereld kan veroveren, kan je vergeten. Daar heb je altijd een contracteringsstrategie voor nodig', aldus expert M.

Een aantal experts is tevreden over een mix van bekostigingsmethoden in het huidige stelsel. Volgens Expert F is een stelselwijziging *'het slechtste wat je kunt doen. Het leidt weer tot discussies over het stelsel in plaats van over optimale zorgverlening'.*

7. De stappen naar de stip op de horizon

7.1. Conclusie en Discussie

In dit onderzoek staat de volgende onderzoeksvraag centraal:

Welke organisatievoorwaarden en –kenmerken dragen bij aan de realisatie van de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland en welke financiële prikkels zijn op korte termijn, vanuit de huidige situatie, dan wel (middel-)lange termijn toepasbaar om de Triple Aim bij deze zorgnetwerken te realiseren?

Voor de beantwoording van deze vraagstelling zijn vier deelvragen geformuleerd, waarvoor drie verschillende kennisbronnen zijn geraadpleegd: theorie, literatuur en experts. Opvallend is dat er geen duidelijke tegenstrijdigheden zijn tussen de verschillende kennisbronnen, de bronnen vullen elkaar grotendeels aan op de diverse onderwerpen en de theorie en literatuur vervullen een ondersteunende rol bij de verdiepingsslag op de resultaten verkregen uit het empirisch onderzoek.

De conclusies uit het empirisch onderzoek (deelvraag 4) worden in dit hoofdstuk direct in het licht van de literatuur en de theorie geplaatst waarmee de vraagstelling wordt beantwoord. De onderzoekers sluiten deze paragraaf af met een drietal noodzakelijke bewegingen, om in de volgende paragraaf vervolgens de aanbevelingen, voor de verschillende actoren binnen en buiten een chronisch zorgnetwerk, hiervoor te geven.

Deelvraag 1. Welke organisatietypen zijn er bekend voor de chronische zorg?

Voor de organisatie van de chronische zorg zijn verschillende organisatietypen bekend. Veelal wordt gebruik gemaakt, al dan niet gecombineerd, van drie chronische zorgmodellen: het Disease Management Programma (DMP), het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (OMK) en het Chronic Care Model (CCM) (Schrijvers, 2014). Het Innovative Care for Chronic Condition Framework (ICCCF) (WHO, 2002), een aangepaste versie van het CCM, met drie verschillende organisatieniveaus is volgens de onderzoekers een geschikt organisatietype voor de zorg voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen.

Een chronisch zorgnetwerk kan op drie niveaus worden georganiseerd. Zie afbeelding 7.1. voor de diverse actoren per niveau en de toelichting onder de afbeelding.

Actoren chronisch zorgnetwerk

- 1. Microniveau:** driehoek van de patiënt, de omgeving en de verschillende zorgprofessionals
- 2. Mesoniveau:** de verschillende zorgorganisaties, de hoofdcontractant (Regionaal Multidisciplinair Coördinatiecentrum) en de financier(s)
- 3. Macroniveau:** de overheidsinstantie(s), kennisinstituten en koepelorganisaties

Afbeelding 7.1. Actoren chronisch zorgnetwerk

1. Het *microniveau*, waarbij de driehoek van de patiënt, de omgeving en de verschillende zorgprofessionals actief zijn om waarde voor de patiënt te creëren (Porter & Teisberg, 2006). Alle extramurale en intramurale chronische zorg in een bepaalde regio maakt hier in de meest ideale situatie deel van uit. Dit niveau bestaat uit horizontale verbindingen;
2. Het *mesoniveau*, net boven het microniveau verheven, waar de verschillende zorgorganisaties en de hoofdcontractant acteren. Een hoofdcontractant met een multidisciplinaire bestuurlijke vertegenwoordiging van alle relevante actoren uit de regio, die als integrator binnen een chronisch zorgnetwerk functioneert, blijkt uit de resultaten van dit onderzoek, is cruciaal. De onderzoekers introduceren de term 'Regionaal

Multidisciplinair Coördinatiecentrum (RMCc)' voor deze actor. Een RMCc, bij voorkeur vastgelegd in een juridische entiteit, die de verantwoordelijkheid neemt over de coördinatie en de kwaliteit van de zorg, de financiële risico's van de zorgkosten en de gezondheid van de populatie van het chronisch zorgnetwerk. Deze RMCc maakt als hoofdcontractant de contractuele afspraken met de financier(s) (zorgverzekeraar en/of de gemeente) over de bekostiging van de zorg binnen het chronisch zorgnetwerk. Dit alles om de driehoek op microniveau optimaal te laten functioneren en de Triple Aim te kunnen realiseren;

3. Het *macroniveau* waar de overheidsinstantie(s) met bijbehorende wet- en regelgeving, de kennisinstituten en koepelorganisaties een faciliterende rol vervullen. Een landelijke aansturing van de informatievoorziening en kennisdeling, inclusief de ICT-infrastructuur, is gewenst.

Voor de bekostiging van chronische zorgnetwerken zijn verschillende basisbekostigingsmethoden, als zijnde financiële prikkels, toepasbaar (Eijkenaar & Schut, 2015). Geen enkele basisbekostigingsmethode blijkt volgens de theorie op zichzelf in staat alle drie de doelen van de Triple Aim te realiseren. Integrale populatiebekostiging lijkt hiervoor de meeste potentie te hebben, mits gecombineerd met een juiste prestatiebeloning. Theoretisch bestaat een optimale bekostigingssystematiek volgens Eijkenaar en Schut (2015) uit twee bouwstenen: 1. een integrale, multidisciplinaire basisbekostiging per verzekerde (populatiebekostiging) en 2. expliciete financiële prikkels voor goede kwaliteit via prestatiebeloning (pay for performance). Schrijvers (2014) is ook van mening dat een combinatie van financiële prikkels de realisatie van de Triple Aim kan bewerkstelligen voor mensen met een chronische aandoening, zoals beschreven in zijn boek 'Zorginnovatie volgens het Cappuccinomodel'.

Concluderend: het ICCF Framework, ingevuld met de drie verschillende organisatieniveaus (micro, meso en macro) zoals voorgaand beschreven, is volgens de onderzoekers een geschikt organisatietype voor een chronisch zorgnetwerk. Voor de bekostiging van een chronisch zorgnetwerk ligt een combinatie van verschillende bekostigingsmethoden en daarbij horende financiële prikkels, op basis van de theorie, het meest voor de hand.

Deelvraag 2: Hoe was de historische en hoe is de huidige bekostiging van de chronische zorg in de Nederlandse praktijk?

Tot 2010 waren er voor de bekostiging van zorg voor mensen met veel voorkomende chronische aandoeningen in de eerste lijn hoofdzakelijk tarieven per verrichting of per uur per beroepsgroep. Sinds 2010 is, met de introductie van de programmatische aanpak, aan zorgverzekeraars de mogelijkheid geboden om de zorg voor patiënten met Diabetes Mellitus type II (DM II), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en (risico op) cardiovasculaire aandoeningen integraal te bekostigen, middels een Keten Diagnose Behandel Combinatie (Keten-DBC).

Een evaluatie in 2012 laat echter zien dat integrale bekostiging van zorg voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen, als opstap naar populatiebekostiging, op dat moment nog verre van integraal was (EIB, 2012). De initiatieven rondom populatiebekostiging komen in Nederland nog niet of onvoldoende van de grond (Drewes et al., 2015). Er wordt dan ook eerder over populatiemanagement gesproken dan over populatiebekostiging. Het sociale domein is daarbij veelal nog niet aangehaakt.

Concluderend: uit de literatuur van de historische (onder andere fee for service en/of budgetten) en ook de huidige bekostigingsmogelijkheden in de Nederlandse praktijk (zoals integrale bekostiging) blijkt dat de toegepaste financiële prikkels nog niet tot de realisatie van de Triple Aim hebben geleid.

Deelvraag 3: Wat is er bekend over de bekostiging van de chronische zorg in de buitenlandse praktijk?

Wereldwijd wordt gezocht naar de juiste financiële prikkels om de Triple Aim te kunnen realiseren voor de chronische zorg (Ursum et al., 2011). In het buitenland zijn al meerdere successen behaald met multidisciplinaire bekostigingsmethoden. Echter door verschillen in wet- en regelgeving en dus in organisatievoorwaarden werken bepaalde financiële prikkels in bepaalde landen wel en in andere landen hebben deze wellicht niet de gewenste uitwerking. Financiële prikkels, toegepast bij succesvolle organisatietypen in Amerika, Duitsland en Engeland zoals bijvoorbeeld managed care binnen Kaiser Permanente; Health Maintenance Organisations o.a. Geisinger Health, Accountable Care Organisations, het Alternative Quality Contract, Gesundes Kinzigtal en Clinical Commissioning Groups (Eijkenaar & Schut, 2015; HSCC, 2016) zijn wellicht ook toepasbaar voor chronische zorgnetwerken in Nederland.

Concluderend: uit de literatuur van de bekostiging van de chronische zorg in de buitenlandse praktijk, waar veelal multidisciplinaire basisbekostigingsmethoden gehanteerd worden, blijkt dat voor het bereiken van de realisatie van de Triple Aim voor een chronisch zorgnetwerk een juiste toepassing van verschillende financiële prikkels, zoals weergegeven in afbeelding 7.2., van groot belang is.

Toepasbare financiële prikkels chronisch zorgnetwerk

1. Basisbekostiging van de hoofdcontractant
2. Basisbekostiging van de subcontractanten
3. Aanvullende bekostiging
4. Dekkking van de zorgbundel
5. Populatieafbakening
6. Risicocorrectie
7. Hoofdcontractant / Risicodragende organisatie
8. Contractering
9. Risicodeling
10. Financiële prikkels richting populatie

Afbeelding 7.2. Toepasbare financiële prikkels voor een chronisch zorgnetwerk, verkregen uit de literatuur

Deelvraag 4: Welke organisatievoorwaarden en –kenmerken dragen volgens de experts bij aan de realisatie van de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland en welke financiële prikkels zijn volgens deze experts op korte termijn, vanuit de huidige situatie met zorggroepen, dan wel (middel-)lange termijn toepasbaar om de Triple Aim bij deze zorgnetwerken te realiseren?

Bij de resultaten van de expert interviews zijn geen verschillen te duiden op basis van de verschillende groepen van experts. Noch de leeftijd, het geslacht of jaren van ervaring inzake het onderwerp van onderzoek, lijken een rol te spelen op de resultaten. Wel kwamen de verschillende invalshoeken van de experts tijdens het interview naar voren. Waar de ene expert meer aandacht had voor de organisatievoorwaarden en –kenmerken, lag bij de andere expert de aandacht op de financiële prikkels. Hierdoor zijn de onderzoekers van mening dat een breed inzicht is verkregen in organisatievoorwaarden en –kenmerken die bijdragen aan de realisatie van de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland en welke financiële prikkels op korte termijn, vanuit de huidige situatie met zorggroepen, dan wel (middel-)lange termijn toepasbaar zijn om de Triple Aim bij deze chronische zorgnetwerken te realiseren.

De gedachte die ten grondslag ligt aan de **programmatische aanpak**, wordt door de meeste experts nog steeds ondersteund. De meerderheid is ook van mening dat de **zorggroepen** met de coördinatie van de programmatische aanpak bepaalde positieve effecten teweeg hebben gebracht, maar dat de aanpak nog onvoldoende tot uiting komt. Volgens de experts moeten er nu stappen worden gezet om de Triple Aim voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland te realiseren.

Voor het zetten van stappen in de richting van de realisatie van de Triple Aim is de belangrijkste vraag, welke tevens de vraagstelling van dit onderzoek betreft:

Welke organisatievoorwaarden en –kenmerken dragen bij aan de realisatie van de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland en welke financiële prikkels zijn op korte termijn, vanuit de huidige situatie, dan wel (middel-)lange termijn toepasbaar om de Triple Aim bij deze zorgnetwerken te realiseren?

De organisatievoorwaarden die bijdragen aan de realisatie van de Triple Aim zijn weergegeven in afbeelding 7.3. Deze organisatievoorwaarden zijn grotendeels verkregen uit de expert interviews en liggen, volgens de onderzoekers, volledig in lijn met de organisatievoorwaarden die uit de theorie van de chronische zorg naar voren zijn gekomen (Rosendal et al., 2009; Schrijvers et al., 2014; Butt et al., 2008).

- Organisatievoorwaarden chronisch zorgnetwerk**

 1. Regionaal Multidisciplinair Coördinatiecentrum
 2. Juridische entiteit
 3. Bekostigingsstructuur
 4. Interprofessionele samenwerking en consultatiemogelijkheden
 5. Verdeling rollen, taken en verantwoordelijkheden
 6. Management en Leiderschap
 7. Vertrouwen
 8. Doelstellingen
 9. Selectie en certificering
 10. Opleidingsmogelijkheden
 11. Standaarden en richtlijnen
 12. ICT-infrastructuur
 13. Zorginnovatiemogelijkheden
 14. Transparantie van uitkomsten

Afbeelding 7.3. Organisatievoorwaarden voor een chronisch zorgnetwerk, verkregen uit verschillende kennisbronnen

Interprofessionele samenwerking is een belangrijke organisatievoorwaarde, echter de regelgeving van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) dient hierbij in acht gehouden te worden. Momenteel heerst er nog veel onduidelijkheid over de regels hiervoor ondanks de ‘Uitgangspunten toezicht ACM op zorgaanbieders in de eerste lijn’ (ACM, 2015) (ministerie van VWS, 2015) die het ACM als beginnende leidraad heeft opgesteld. De Minister van VWS heeft gesteld dat de Mededingingswet (Rijksoverheid, 1997) nu al ruimte biedt voor samenwerking in het belang van patiënten en gaat de verdere mogelijkheden nader onderzoeken. ‘Good Governance’ met toezicht op de machtspositie van het zorgnetwerk, en daarbinnen het RMCc, is door de concentratie en gezamenlijke coördinatie van de zorg van groot belang (NZa, 2010). Goede transparantie is daarbij vereist.

Concluderend; een goede invulling van de organisatievoorwaarden, zoals weergegeven in afbeelding 7.3., draagt bij aan de realisatie van de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland.

Hoe de organisatievoorwaarden voor een chronisch zorgnetwerk het beste kunnen worden ingevuld is regioafhankelijk. In afbeelding 6.3. is de invulling van de organisatievoorwaarden oftewel de organisatiekenmerken, die volgens de experts bijdragen aan de realisatie van de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland, weergegeven. Eén landelijke blauwdruk voor de organisatiekenmerken van een chronisch zorgnetwerk is echter niet gewenst.

Uit de verschillende kennisbronnen blijkt dat de bekostigingsstructuur een belangrijke organisatievoorwaarde is, die met behulp van financiële prikkels optimaal dient te worden ingevuld voor het realiseren van de Triple Aim voor chronische zorgnetwerken.

Financiële prikkels, die volgens de literatuur toepasbaar zijn voor chronische zorgnetwerken en die, mits op de juiste wijze toegepast, kunnen bijdragen aan de realisatie van de Triple Aim, zijn reeds weergegeven in afbeelding 7.2.

Op basis van alle geraadpleegde kennisbronnen komen de onderzoekers tot onderstaande uitwerkingen van deze financiële prikkels. Elke financiële prikkel wordt afgesloten met de toepasbaarheid van die desbetreffende prikkel op korte termijn, vanuit de huidige situatie, dan wel (middel-)lange termijn, voor de realisatie van de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland (weergegeven met een blauw vinkje).

1. Een goede *basisbekostiging van de hoofdcontractant* is cruciaal voor de realisatie van de Triple Aim.
 - Geen enkele basisbekostigingsmethode is op zichzelf in staat om de Triple Aim te realiseren.
 - Populatiebekostiging lijkt de meest geschikte basisbekostigingsmethode, mits gecombineerd met een juist toegepaste prestatiebeloning, om onderbelichting van de kwaliteit te voorkomen. Het bevat een sterke prikkel tot kostenbeheersing want de prikkel om te produceren is hierbij verdwenen.
 - ✓ Een integraal tarief per verzekerde van het chronisch zorgnetwerk, oftewel integrale populatiebekostiging, gekoppeld aan een geschikte prestatiebeloning, is van belang voor de realisatie van de Triple Aim.
 - De overheadkosten kunnen in het integrale tarief zijn verdisconteerd of als aparte module worden bekostigd.
2. Voor de *basisbekostiging van de subcontractanten* hebben bijna alle experts liever geen bekostiging per verrichting/per activiteit.
 - Een aantal experts ziet alle medisch specialisten graag in loondienst. Dit betekent een andere basisbekostiging voor de medisch specialisten.
 - De huidige gemixte bekostigingsmethoden, met een abonnementstarief aangevuld met een bekostiging per verrichting/zorgactiviteit en een bekostiging per zorgbundel per patiënt, houdt volgens de experts de financiële prikkels in de juiste balans.
 - ✓ Een juiste combinatie van verschillende basisbekostigingsmethoden voor de subcontractanten binnen een chronisch zorgnetwerk, blijkt niet alleen wenselijk maar ook noodzakelijk om de Triple Aim te kunnen realiseren.
3. *Aanvullende bekostiging* door middel van een prestatiebeloning (pay for performance) kan bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg.
 - Positief belonen in plaats van een malus, maar niet teveel aandacht schenken aan de extrinsieke prikkels is van belang.
 - Relevante aandachtsgebieden voor indicatoren voor prestatiebeloning zijn: kwaliteit van zorg; kwaliteit van leven; zorgkosten; interprofessionele samenwerking en patiënt ervaringen in relatie tot de kwaliteit van de geleverde zorg en de maatschappelijke participatie;
 - ✓ Prestatiebeloning, geïntegreerd in de basisbekostiging, zodat de focus niet alleen komt te liggen op de zorg gerelateerd aan de indicatoren, zoals bij het Quality and Outcomes Framework (QOF) in Engeland het geval was en er aandacht blijft voor de zorgkosten, is erg belangrijk. Het Alternative Quality Contract (AQC) is een bekend internationaal voorbeeld waarbij een gedeelte van de prestatiebeloning geïntegreerd is in de basisbekostiging, naast een expliciete beloning voor kwaliteit bovenop de basisbekostiging (maximaal 10-15%). Voor Nederland lijkt dit alternatieve contract een goed toepasbare financiële prikkel, die kan bijdragen aan de realisatie van de Triple Aim en waarbij geen stelselwijzigingen of andere betaaltitels nodig zijn.

4. De *dekking van de zorgbundel* betreft bij de Nederlandse initiatieven met betrekking tot integrale bekostiging en populatiebekostiging veelal alleen de eerstelijnszorg van één aandoening.
 - In tegenstelling tot de buitenlandse initiatieven waar de dekking van de zorgbundel vaak alle zorg van een goed afgebakende populatie betreft, of in ieder geval de zorg van meerdere chronische aandoeningen passend bij de desbetreffende zorgstandaard.
 - ✓ Voor het realiseren van de Triple Aim is het gewenst dat bij populatiebekostiging alle zorg van een afgebakende populatie binnen de zorgbundel valt.
5. Een goede *populatieafbakening* is belangrijk als de bekostiging middels een integraal tarief per verzekerde plaatsvindt.
 - Aandacht voor inclusie van de juiste populatie is bij een gesloten netwerk waar alleen op basis van bepaalde inclusiecriteria aan deelgenomen mag worden van groot belang.
 - Een bepaalde schaalgrootte (in het buitenland vaak tenminste 5000 personen) qua populatie is gewenst, met name ter dekking van dure infrastructuur.
 - ✓ Populatieafbakening kan plaatsvinden op basis van persoonskenmerken, de veelvoorkomende chronische aandoening(en) (let op upcoding), het zorggebruik, postcodes, inschrijving op naam bij een huisarts/(zorggroep), het adherentie gebied van een ziekenhuis of verzekerd zijn bij een bepaalde zorgverzekeraar.
6. *Risicocorrectie* voor zorgzwaarte is van belang om risicoselectie voor deelname aan het chronisch zorgnetwerk te voorkomen.
 - ✓ De risicocorrectie kan plaatsvinden op basis van risicokenmerken van de populatie (bijvoorbeeld de veelvoorkomende chronische aandoening(en), sociaal economische status, leeftijd en geslacht) of het zorggebruik van de populatie (historische zorgkosten).
7. Als *hoofdcontractant/risicodragende organisatie* voor de chronische zorg in een regio ligt het gezien de huidige situatie voor de hand dat dit de zorggroep betreft.
 - Bij de populatie van zorggroepen/huisartsen zijn de geleverde zorg en behaalde uitkomsten eenduidig toe te schrijven aan zorgaanbieders op wie de bekostiging betrekking heeft. Bovendien zijn ingewikkelde en onzekerheid verhogende toewijzingsregels voor geleverde zorg en behaalde uitkomsten dan niet nodig. Een potentieel probleem hierbij is dat zorggroepen/huisartsen vaak onvoldoende geëquipeerd zijn om de verantwoordelijkheid voor afstemming en contractering van complexe tweedelijnszorg te dragen.
 - Het ziekenhuis, het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB), een maatschap of een aantal medisch specialisten zouden ook de rol van hoofdcontractant binnen een chronisch zorgnetwerk kunnen vervullen.
Bij een ziekenhuis, als hoofdcontractant, is het lastig om de (adherentie) populatie af te bakenen. Als een ziekenhuis zorg inkoopt bij een huisarts/zorggroep zou het wel de verantwoordelijkheid kunnen nemen voor de bij de betreffende huisarts/zorggroep behorende populatie.
 - In het buitenland zijn verschillende initiatieven waar de hoofdcontractant bestaat uit een juridische entiteit waar het ziekenhuis samen met de eerste lijn en/of de gemeente deel van uitmaakt. In het buitenland kan dit zelfs een financier zijn (verticale integratie). Deze verticale integratie is in Nederland op basis van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) (CB,2014; Rijksoverheid, 2006) niet toegestaan.
 - ✓ Een combinatie van bovengenoemde actoren, vastgelegd in een juridische entiteit met gedeelde verantwoordelijkheid en als integrator functionerend binnen een Regionaal Multidisciplinair Coördinatiecentrum, draagt naar alle waarschijnlijkheid bij aan de realisatie van de Triple Aim voor chronische zorgnetwerken.

8. Voor de *contractering* zijn meerjarencontracten of in ieder geval meerjarenafspraken noodzakelijk.
- Deze meerjarencontracten/ -afspraken zijn noodzakelijk om de hoofdcontractant een bepaalde zekerheid te bieden om het risico te kunnen dragen.
 - Wel is het gezien de dynamische omgeving steeds lastiger om de bekostiging voor langere tijd vast te leggen. Hiertoe kunnen binnen de contractering meerjaren afspraken worden gemaakt, waarin de richting waar men met elkaar naar toe wil is vastgelegd.
 - Bij de contractering van zorgaanbieders (subcontractanten) binnen het zorgnetwerk is het tevens van belang dat voldoende zorgaanbieders worden gecontracteerd (non-exclusiviteitsbepaling), om keuzevrijheid voor de patiënt te kunnen garanderen. Exclusiviteit met een financier of met meerdere financiers onder gelijke condities, is voor de uitvoering van de zorg binnen het zorgnetwerk gewenst.
 - ✓ Bij voorkeur zijn meerjarencontracten/ -afspraken van 5 jaar of langer gewenst, tussen hoofdcontractant en financier.
9. *Risicodeling* betreft het delen van de besparingen ('shared savings'/'upside risk') en het delen van de tekorten ('shared losses' / 'downside risk').
- Als alleen besparingen worden gedeeld wordt gesproken van een eenzijdig risico, worden ook de tekorten gedeeld dan is het risico tweezijdig.
 - Bij 'capitation' ontvangt de zorgverlener een vast bedrag per verzekerde per maand of per jaar. Hiervoor moet alle zorg binnen de betreffende tijdsperiode worden geleverd.
 - Als zorgaanbieders erin slagen minder uit te geven dan het feitelijke of virtuele budget mogen zij (zowel bij shared savings als capitation) het verschil geheel of gedeeltelijk behouden. Bij een hoge overschrijdingskans is de doelmatigheidsprikkel zwak omdat de kans op het overhouden van middelen voor de aanbieder dan klein is. Bij een lage overschrijdingskans is de doelmatigheidsprikkel hoog voor de aanbieder, maar zijn de huidige uitgaven voor de financier hoog. Op korte termijn beperkt dit het besparingspotentieel van shared savings contracten en de zorguitgaven kunnen zelfs oplopen. Of het maatschappelijk gewenst is deze prijs te betalen, hangt af van het besparingspotentieel op (middel-)lange termijn.
 - Het budget en besparingen kunnen vooraf worden betaald op basis van aanbevolen zorg in bijvoorbeeld richtlijnen en standaarden (prospectief) of retrospectief, waarbij aanbieders 'gewoon' per activiteit of zorgproduct worden betaald en na afloop de declaraties worden vergeleken met het vooraf afgesproken bedrag per zorgbundel.
 - Bij capitation is een aantrekkelijke optie de 'maatstafconcurrentie', waarbij het budget jaarlijks neerwaarts wordt aangepast op basis van de gerealiseerde kosten bij vergelijkbare zorgaanbieders. Dit voorkomt een te laag budget, maar voorkomt ook dat zorgaanbieders 'in de prijzen vallen' doordat bij het vaststellen van het budget is uitgegaan van een te sterke uitgavengroei.
 - Aan het uitkeren van de besparingen kunnen bepaalde voorwaarden gekoppeld worden zoals: minimum percentage van besparingen eerst bereiken en vanaf dan pas delen; minimum aantal jaren van deelname aan zorgnetwerk; maximeren van de hoogte van de uitkering; alleen als aan alle procesafspraken is voldaan; en uitkeren relateren aan het behalen van indicatoren voor kwaliteit. Bij AQC neemt het percentage van een besparing of tekort op de basisbekostiging dat voor rekening komt van de zorgaanbieder toe (bij besparingen) of af (bij tekorten) naarmate kwaliteitsscores hoger zijn.
 - In Nederland komt risicodeling nog onvoldoende van de grond omdat de verdeelsleutel voor de besparingen veelal nog niet goed kan worden vastgesteld. Wel heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in april 2015 in een memo uiteengezet hoe 'shared savings' als resultaatbeloning voor geleverde prestaties

kunnen worden uitgekeerd (NZa, 2015e) Uit deze memo blijkt dat er ruimte is voor het uitkeren van shared savings. De wens om de besparingen te kunnen herinvesteren in activiteiten die niet per definitie als Zvw-uitgaven kunnen worden bestempeld (bijvoorbeeld preventie) kan binnen het bestaande wettelijke kader niet worden gefaciliteerd.

- ✓ De weerstand van de hoofdcontractant/subcontractanten, met betrekking tot risicodeling in verband met het afkomen van de besparingen in de jaren die volgen, kan wellicht deels ondervangen worden door bepaalde garantie-/comfortovereenkomsten af te sluiten met de financier.

Voor de Nederlandse situatie zijn de financiële prikkels met betrekking tot risicodeling, toegepast binnen het AQC zoals hierboven reeds beschreven, ook toepasbaar voor chronische zorgnetwerken.

10. Met *financiële prikkels richting populatie* wordt in het buitenland al volop geëxperimenteerd.

- Bij financiële prikkels richting de populatie kan worden gedacht aan kortingen op eigen bijdragen of op het eigen risico als patiënten deel uitmaken van het zorgnetwerk of bijvoorbeeld deelnemen aan bepaalde opleidingen/cursussen van het zorgnetwerk gericht op de betreffende aandoening(en). In Nederland is met huidige wet- en regelgeving niet alles op dit gebied toegestaan.
- In Nederland zijn er nog weinig prikkels richting de populatie, die uitnodigend zouden kunnen werken om deel te nemen aan een bepaald organisatietype, zoals bijvoorbeeld een chronisch zorgnetwerk.
- ✓ Belangrijk is dat er in ieder geval geen prikkels zijn die deelname van een patiënt aan een chronisch zorgnetwerk belemmeren, zoals nu nog wel het geval kan zijn doordat niet alle zorg die is opgenomen in de zorgstandaard wordt vergoed vanuit het basispakket. Hierdoor kan bepaalde zorg (bijvoorbeeld paramedische zorg) niet worden geleverd binnen de zorgbundel.

Op basis van bovenstaande conclusies omtrent de organisatievoorwaarden, de organisatiekenmerken en de financiële prikkels, met daarnaast de stappen die volgens de experts dienen te worden gezet voor de realisatie van de Triple Aim zoals weergegeven in paragraaf 6.5., sluiten de onderzoekers af met drie noodzakelijke bewegingen voor de realisatie van de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen, weergegeven in afbeelding 7.4.

Financiële prikkels voor korte en (middel-) lange termijn voor realisatie Triple Aim

1. Een beweging van aandoeningsgerichte naar persoonsgerichte bekostiging

- a) van bekostiging van (eerstelijns-) zorgbundel per aandoening
- b) naar bekostiging van (eerstelijns-) zorgbundel voor meerdere aandoeningen en/of bekostiging van (eerstelijns-) zorgbundel met uitbreiding van bijvoorbeeld medicatie en verpleging
- c) vervolgens bekostiging van (eerstelijns-) zorgbundel met uitbreiding van tweedelijnszorg en eventueel zorg uit het sociale domein en
- d) tenslotte naar bekostiging per persoon / verzekerde (integrale populatiebekostiging)

De stap naar integrale populatiebekostiging

2. Zorggroep laten groeien tot een Regionaal Multidisciplinair Coördinatiecentrum

- a) van voornamelijk eerstelijns huisartsenorganisatie
- b) naar organisatie met andere eerstelijns zorgaanbieders
- c) tot een Regionaal Multidisciplinair Coördinatiecentrum

De stap naar een Regionaal Multidisciplinair Coördinatiecentrum

3. Ziekenhuis op een passende wijze laten krimpen

- a) van anticiperen op een significant lager groeiniveau, zoals beschreven in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord
- b) naar een geschikte 'krimpstrategie' voor de komende jaren

De stap naar een andere interne bekostigingsstructuur van het ziekenhuis

Afbeelding 7.4. Noodzakelijke bewegingen voor realisatie Triple Aim

Een nadere uitwerking van de noodzakelijke bewegingen wordt onderstaand stapsgewijs weergegeven.

Ad 1. Een beweging van aandoeningsgerichte naar persoonsgerichte bekostiging

De stap naar integrale populatiebekostiging

- a) De uitrol van de (eerstelijs-) zorgbundels voor DM II, COPD en (risico op) cardiovasculaire aandoeningen is de eerste stap geweest.
- b) Nu is het zaak om de zorg binnen de (eerstelijs-) zorgbundels uit te breiden; door het samenvoegen van bepaalde (eerstelijs-) zorgbundels (bijvoorbeeld DM II en CRVM) en/of het includeren van meer (eerstelijs-) zorg per zorgbundel (bijvoorbeeld medicatie en verpleging). Daarnaast kunnen er nog een beperkt aantal (eerstelijs-) zorgbundels worden toegevoegd (bijvoorbeeld Dementie en Hartfalen). Zorggroepen gaan hierdoor meer risico dragen en kunnen laten zien de zorg aandoening overstijgend te kunnen organiseren. Des te omvangrijker de zorgbundels zijn, des te groter het financieel risico voor de hoofdcontractant en des te sterker de prikkel tot risicoselectie is. Uitbreiding naar een groot aantal aandoeningen is ongewenst vanwege de hoge transactiekosten en overlap bij multimorbiditeit. Het belang van een goede risico-/ zorgzwaartecorrectie en adequate risicodeling neemt toe naarmate zorgbundels breder worden gedefinieerd. Het vaststellen van kostendoelstellingen voor afgebakende zorgvormen voor bepaalde populaties om vervolgens eventuele besparingen die dit oplevert te kunnen verdelen tussen hoofdcontractant en financier is hierbij noodzakelijk. Dit geeft prikkels voor het beperken van het aantal zorgbundels/-episodes en daarmee voor primaire preventie en kostenbeheersing. Naarmate de voorwaarden beter worden ingevuld kan het risico voor zowel over- als onderschrijdingen geleidelijk worden vergroot.
- c) Een volgende stap is om de tweedelijszorg en eventueel de zorg uit het sociale domein op te nemen in de (eerstelijs-) zorgbundel. Goede interprofessionele samenwerking is hiervoor van groot belang.
- d) Tenslotte kan de stap worden gezet naar bekostiging per verzekerde, integrale populatiebekostiging, zodat de hoofdcontractant de verantwoordelijkheid neemt voor de totale gezondheid van de populatie binnen het chronisch zorgnetwerk, waarbij de bekostiging onafhankelijk is van hoe vaak patiënten worden gezien en de werkelijke kosten. Hiermee ontstaan sterke prikkels tot primaire preventie en nemen bestaande prikkels tot kostenbeheersing, coördinatie en samenwerking, en innovatie verder toe.

Ad 2. Zorggroep laten groeien tot een Regionaal Multidisciplinair Coördinatiecentrum

De stap naar een Regionaal Multidisciplinair Coördinatiecentrum

- a) De oprichting van zorggroepen, veelal eerstelijns huisartsenorganisaties, is de eerste stap geweest.
- b) Nu is het van belang dat de zorggroep samenwerkingsverbanden aangaat met andere eerstelijnszorgorganisaties/zorgprofessionals, dan alleen huisartsen, zoals bijvoorbeeld apothekers, wijkverpleegkundigen en paramedici.
- c) Om uiteindelijk uit te kunnen groeien tot een Regionaal Multidisciplinair Coördinatiecentrum, die de verantwoordelijkheid op zich neemt voor de realisatie van de Triple Aim binnen een chronisch zorgnetwerk, zijn samenwerkingsverbanden in ieder geval op bestuurlijk niveau (governance) met de tweede lijn noodzakelijk, omdat in de tweede lijn de hoogste kosten worden gemaakt. Bij de tweede lijn kan gedacht worden aan het ziekenhuis dat deelneemt in het samenwerkingsverband, maar wellicht dat het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) hiervoor ook een geschikte partij is. Belangrijk is dat de hoofdcontractant voldoende geëquipeerd is om de tweede lijn erbij te kunnen

betrekken. De samenwerking bij voorkeur verzilveren in een juridische entiteit met gedeelde verantwoordelijkheid, zoveel mogelijk gelijkgestelde belangen en een geschikte risicodeling. Voor de tweede lijn is het van belang dat deze voldoende tijd krijgt om te anticiperen op toekomstige en onvermijdelijke omzetsdalingen. Andere organisaties waarmee de samenwerking kan worden aangegaan zijn de thuiszorg en de gemeente. Steeds vaker worden ook patiëntenverenigingen hierbij genoemd om de rol van de patiënt te versterken. Ook met leveranciers van nieuwe technologieën, bijvoorbeeld op het gebied van monitoring van chronische patiënten, kunnen partnerships worden aangegaan voor de implementatie van innovaties. Hierbij dient op voorhand, bijvoorbeeld door afbouwregelingen of garantiestellingen, geanticipeerd te worden op wat het wegtrekken van zorg door nieuwe technologieën betekent voor de huidige bekostigingsstructuren.

Ad 3. Ziekenhuis op een passende wijze laten krimpen

De stap naar een andere interne bekostigingsstructuur van het ziekenhuis

De gedachte die ten grondslag ligt aan de programmatische aanpak, dat door een versterking en professionalisering van de eerste lijn 1. mensen langer in de eerste lijn blijven en dus minder snel naar de tweede lijn gaan en 2. meer patiënten vanuit de tweede naar de eerste lijn teruggaan door onder andere een verbeterde infrastructuur in de eerste lijn, heeft gevolgen voor het ziekenhuis. Dit betekent namelijk dat bepaalde (delen van) zorg, waaronder de zorg voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen, uit de tweede lijn gaat verdwijnen. De omvang van de zorg geleverd door het ziekenhuis, oftewel de tweedelijnszorg, zal hier door minder groeien of zelfs wel gaan krimpen. Volgens de geïnterviewde experts is het erg belangrijk dat, in termen van bekostiging, hier duidelijke afspraken over worden gemaakt met het ziekenhuis.

- a) De afspraken in het Bestuurlijk Hoofdpijnenakkoord (Rijksoverheid, 2011) met betrekking tot een significant lager groeiniveau zijn de eerste stap geweest.

Als uiteindelijk binnen de zorgbundel ook de tweedelijnszorg wordt geïncorporeerd en binnen het RMCc actoren uit de tweede lijn zijn vertegenwoordigd heeft dit gevolgen voor de organisatie en de interne bekostigingsstructuur van het ziekenhuis.

- b) Nu is het dan ook van belang dat ziekenhuizen zich realiseren dat hun toekomst anders is dan voorheen. Ziekenhuizen moeten niet alleen denken in termen van groei maar ook in termen van krimp. Een goede groeistrategie is misschien wel krimpen. Het ziekenhuis dient daarbij te worden ondersteund met bepaalde garanties en een passend afbouwtraject voor de komende jaren. Het ziekenhuis dient in haar organisatie en haar interne bekostigingsstructuur hierop te anticiperen.

Mochten bovenstaande stappen niet gerealiseerd kunnen worden, dan is het mogelijk om als tussenstap een abonnementstarief voor huisartsenzorg of voor bepaalde tweedelijnszorg in te voeren. Hierdoor verdwijnen de productieprikkel en dit geeft, tot een bepaalde hoogte, inzicht in wat er gebeurt als de prikkels zijn uitgeschakeld. Het kan een tijdelijke oplossing zijn voordat naar een nieuwe bekostigingsmethode wordt overgegaan. Aandacht voor onderbehandeling blijft hierbij noodzakelijk.

Voor zorgverzekeraars is bij bovenstaande stappen met financiële prikkels een belangrijke rol weggelegd. Zij kunnen de hoofdcontractant ondersteunen, zodat deze samenwerkingsverbanden kan aangaan met andere zorgorganisaties. Zorgverzekeraars dragen vooralsnog veelal het gehele risico van de werkelijke zorgkosten binnen de Zvw (Rijksoverheid, 2006). Langzamerhand kan het verzekeringsrisico van bepaalde zorg wellicht verschuiven naar het RMCc. Eventueel kan het RMCc voor het dragen van het risico een herverzekering afsluiten. Voor de chronische zorg is het van belang dat de zorgverzekeraars het maatschappelijk belang zwaarder laten wegen dan het concurrentie belang en bereid zijn

elkaars contracten hiervoor over te nemen. Daarnaast is het wenselijk dat verzekeraars alternatieve contracten gaan aanbieden. Het Alternative Quality Contract (Song 2014; Song et al., 2014), vooralsnog vooral toegepast in Amerika, zou volgens de onderzoekers voor Nederland een goede financiële prikkel zijn om de Triple Aim te kunnen realiseren. Hiervoor zijn in ons land geen stelselwijziging of nieuwe betaaltitels nodig. Een alternatief contract kan worden aangegaan met het RMCc. De rest van de bekostiging kan daarnaast in stand blijven.

Bij bovenstaande stappen gaat het om de mix van contracteringsstrategieën en bekostigingsstrategieën, waarbij met name de contracteringsstrategie voor het maken van goede meerjarenafspraken met elkaar erg belangrijk is. Andere betaaltitels zijn echter het sluitstuk, het zijn geen essentiële voorwaarden, maar het helpt wellicht wel om bepaalde veranderingen uiteindelijk te consolideren. Een stelselwijziging is niet noodzakelijk en daarnaast niet gewenst.

7.2. Aanbevelingen voor verschillende actoren binnen en buiten een chronisch zorgnetwerk

Om de Triple Aim, de stip op de horizon te kunnen realiseren voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen sluiten de onderzoekers, op basis van kennisvergroting en inzichten opgedaan binnen dit onderzoek, af met aanbevelingen voor verschillende actoren binnen en buiten een chronisch zorgnetwerk, weergegeven in afbeelding 7.5. De gemarkeerde schuingedrukte aanbevelingen in de afbeelding hebben op basis van de verschillende geraadpleegde kennisbronnen; theorie, literatuur en experts, voor de realisatie van de Triple Aim voor een chronisch zorgnetwerk een hoge prioriteit.

Aanbevelingen	Actoren	P	B	Za	Zv	W
• <i>Investeer in vertrouwensrelaties en neem in gezamenlijkheid de regie over de chronische zorg</i>				x	x	
• Zorg voor goed leiderschap en management				x	x	
• Zorg voor goede opleidingsmogelijkheden, selectie en certificering			x	x	x	
• <i>Creëer innovatiemogelijkheden binnen zorgnetwerk, onder andere nieuwe monitortechnieken</i>				x	x	
• Werk gezamenlijk aan het implementeren en faciliteren van een hoogwaardige gedeelde ICT			x	x	x	
• Zorg voor het beschikbaar zijn van real patiënten data				x	x	
• Creëer waarde voor patiënt (klantwaarden) en laat patiënten tot hun recht komen				x	x	
• Bevorder regie over gezondheid patiënt, bevorder therapietrouw, betrek patiënt bij zorgtraject				x	x	
• Realiseer bewustwording bij patiënten door begrijpelijke informatie en opleiding			x	x	x	
• Experimenteer met opsplitsing van diagnostiek en behandeling in tweede lijn binnen vertrouwde omgeving binnen zorgnetwerk			x	x	x	x
• Focus op ziekte en zorg, maar ook op gedrag en gezondheid		x	x	x	x	x
• Probeer op eigen kracht zoveel mogelijk te participeren in de maatschappij		x				
• Wees transparant over aandoening en ontvangen van zorg		x				
• Maak optimaal gebruik van zelfmanagement middelen die worden aangeboden		x				
• Wees als patiëntenvereniging agenda zettend		x				
• <i>Schakel van aandoeningsgerichte zorg naar vraaggerichte /persoonsgerichte / populatie gerichte zorg. Neem verantwoordelijkheid voor gezondheid van populatie. Maak stappen van aandoeningsgerichte bekostiging naar integrale populatiebekostiging</i>			x	x	x	x
• Werk aan de ontwikkeling en toepassing van risicocorrectie en risicodeling			x	x	x	x
• <i>Waarborg goede kwaliteit en integreer financiële prikkels voor kwaliteit en kostenbeheersing</i>			x		x	
• <i>Experimenteer met geïntegreerde prestatiebeloning in de basisbekostiging. De gedeelde besparingen en gedeelde tekorten kunnen dan worden gekoppeld aan de geleverde kwaliteit</i>			x	x	x	x
• <i>Gebruik (van) meerjarencontracten / meerjarenafspraken</i>				x	x	
• Creëer adequate doelmatigheidsprikkels voor populatie (bijvoorbeeld via gepaste eigen betalingen en zorgverzekeraars (via goede) risicoverevening)			x		x	
• Experimenteer met prikkels richting subcontractanten en populatie		x	x	x	x	x
• Stuur strakker en wees duidelijk over transparantie naar patiënten, zorgverzekeraars en gemeenten over de inhoud en de uitkomsten van zorg				x		
• <i>Zorg dat wet- en regelgeving samenwerking binnen zorgnetwerk niet belemmeren en geef duidelijk aan wat wel of niet is toegestaan binnen de wet- en regelgeving</i>			x			
• Draag wetenschappelijke kennis over aan zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers						x
• <i>Neem maatschappelijke verantwoordelijkheid over zorgkosten</i>		x	x	x	x	x
• <i>Stem basispakket af op zorgstandaarden opgesteld door beroepsgroepen</i>			x			
• <i>Ontwikkel geen losse zorgstandaarden maar een standaard voor veelvoorkomende chronische aandoeningen met een generieke omschrijving</i>				x		
• Differentieer meer in spreekkamer en probeer vinkgedrag te voorkomen; de menselijke maat moet hierbij worden teruggevonden				x		
• Creëer mogelijkheden om bij elkaar onder de motorkap te kijken voor de juiste werkwijze				x		
• Individuele zorgaanbieders moeten afstand doen van professie van ondernemerschap				x		
• Ziekenhuizen: denk na over krimpstrategie in plaats van groei strategie				x		
• <i>Creëer een Regionaal Multidisciplinair Coördinatiecentrum; ga multidisciplinaire samenwerkingsverbanden met elkaar aan, in ieder geval op bestuurlijk niveau voor de coördinatie van de chronische zorg en probeer deze te verzilveren in een juridische entiteit, om de functies van een integrator binnen het zorgnetwerk goed te kunnen vervullen</i>				x	x	
• <i>Hanteer proactief mededingingstoezicht; er moet sprake zijn van gezonde concurrentie op de zorgmarkt(en)</i>			x			
• Draag het verzekeringsrisico dat de hoofdcontractant niet kan dragen en ga dit risico in overleg in de loop van de tijd steeds meer verschuiven richting een Regionaal Multidisciplinair Coördinatiecentrum					x	
• Laat doorzettingsmacht zien voor het opschalen van goede innovaties					x	
• <i>Laat maatschappelijk belang zwaarder wegen dan concurrentiebelang; stem het zorginkoop-beleid binnen wettelijke kaders op elkaar af en verminder bureaucratie via synchronisatie van de zorginkoop; wees bereid om elkaars contracten te volgen</i>					x	

Afbeelding 7.5. Aanbevelingen voor verschillende actoren binnen en buiten chronisch netwerk voor realisatie van de Triple Aim. Bepaalde aanbevelingen betreffen een bewerking van de aanbevelingen van Eijkenaar en Schut (2015). Index: P= patiënten; B= beleidsmakers; Za= zorgaanbieders en Zv= zorgverzekeraars; W= wetenschappers;

8. Nawoord

De onderzoekers zijn zich ervan bewust dat, naast de verrassende en bruikbare bijvangsten van dit onderzoek, er ook beperkingen zitten aan het onderzoek dat zij hebben verricht. Ten eerste hebben de onderzoekers zich gericht op de veelvoorkomende chronische aandoeningen, die in sterke mate afhankelijk zijn van leefstijlfactoren. In de praktijk zijn er daarnaast meer chronische aandoeningen, te denken valt bijvoorbeeld aan Dementie, Parkinson, Hartfalen en Cardiovasculaire aandoeningen, die niet in dit onderzoek zijn onderzocht. Daarentegen zouden de aanbevelingen voor een zorgnetwerk voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen ook van toepassing kunnen zijn voor een zorgnetwerk dat zich richt op de zojuist genoemde chronische aandoeningen. De onderzoekers zien geen reden om aan te nemen dat de conclusies en aanbevelingen hierop geen betrekking zouden hebben, maar zij kunnen deze aanname op basis van dit onderzoek niet bevestigen. Het is om die reden dat de onderzoekers een vergelijkbaar onderzoek aanbevelen naar een chronisch zorgnetwerk voor bijvoorbeeld kwetsbare ouderen, een populatie waar verschillende van bovengenoemde chronische aandoeningen aanwezig zijn.

Daarnaast hebben de onderzoekers zich met name gefocust op de zorg van veelvoorkomende chronische aandoeningen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). De mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen ontvangen echter zorg uit alle domeinen, waarbij het sociale domein en dus ook de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) relevant is voor deze doelgroep. Aandacht voor de rol van de wijkverpleegkundige binnen een chronisch zorgnetwerk, waarvan de geleverde zorg nu is opgenomen in de Zvw en voorheen werd bekostigd vanuit de Wmo, is in dit onderzoek onderbelicht gebleven. Dit geldt ook voor de rol van de gemeente als financier van de Wmo.

In dit onderzoek hebben de onderzoekers zich gericht op het Regionaal Multidisciplinair Coördinatiecentrum (RMCc), die de functie van integrator, zoals beschreven door Berwick (Berwick et al., 2008), vervult binnen een chronisch zorgnetwerk. De oprichting van een RMCc heeft naar alle waarschijnlijkheid forse consequenties voor de interne organisatie van een ziekenhuis. De consequenties en eventuele oplossingen hiervan zijn in dit onderzoek niet nader onderzocht. Als in de toekomst het ziekenhuisbestuur, het Medisch Specialistisch Bedrijf, een maatschap of misschien individuele specialisten deel uitmaken van de juridische entiteit, van het RMCc, leidt dit ontegenzeggelijk tot een bepaalde ontvlechting van het ziekenhuis. De scheiding tussen diagnostiek (in de tweede lijn) en behandeling (in de eerste lijn) van de chronische zorg wordt hierdoor waarschijnlijk groter. In de tweede lijn, binnen de muren van het ziekenhuis, kan met name de complexe diagnostiek het beste worden uitgevoerd, mede vanwege de aanwezigheid van de juiste technologische apparatuur. Echter de behandeling zelf, voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen, kan voor een groot deel in de eerste lijn worden uitgeoefend door eerste- dan wel tweedelijnszorgprofessionals. Deze steeds groter wordende scheiding tussen diagnostiek en behandeling voor de chronische zorg heeft wellicht als voordeel dat productieprikkelers in de tweede lijn kunnen afnemen. Hoe te anticiperen op de inbreuk van de bekostigingsstructuur van het ziekenhuis en dat is een niet te verwaarlozen aspect, is volgens de onderzoekers een onderzoek op zichzelf waard.

Het is noemenswaardig om te vermelden dat de onderzoekers gedurende het onderzoek veel kennis en inzicht hebben verkregen over een scala aan begrippen welke worden gehanteerd binnen de gezondheidszorg en de verscheidenheid aan mogelijke interpretaties. De onderzoekers hebben geprobeerd deze begrippen zo scherp mogelijk neer te zetten, mede door frequent over de begrippen te sparren met de inhoudelijke begeleider. De aanvullingen, die tijdens het onderzoek zijn opgedaan hebben zij zoveel mogelijk verwerkt in deze thesis. Zij realiseren zich terdege dat ook deze terminologieën wellicht op termijn aan verschillen in interpretatie onderhevig kunnen zijn. Als kanttekening vermelden de onderzoekers hierbij dat zij gedurende het onderzoek signalen hebben ontvangen dat in de gezondheidszorg de term 'betaling' wellicht beter passend is dan 'bekostiging'. Dit omdat een

bekostiging betrekking heeft op een betaling op basis van een ingediende kostenbegroting. Terwijl een betaling geen relatie hoeft te hebben met een vooraf afgesproken offerte, maar gebruikt wordt als bijvoorbeeld een vast bedrag per patiënt of populatie. Een inkomende geldstroom op basis van een indicator, bijvoorbeeld het aantal ingeschreven patiënten op een peildatum in het verleden, is wel een betaling maar geen bekostiging. Omdat dit onderscheid tussen bekostiging en betaling, volgens de onderzoekers, (nog) niet een algemeen gangbare is en bovendien niet tijdens het onderzoek zo is gehanteerd, met name niet tijdens de expert interviews en de uitwerking hiervan, hebben de onderzoekers een bewuste keuze gemaakt om de gehanteerde, wellicht verouderde, term bekostiging in dit onderzoek te handhaven.

Dit onderzoek kan, naast de genoemde aanbevelingen voor de verschillende actoren, volgens de onderzoekers nog enkele andere relevante opbrengsten opleveren die onderstaand worden benoemd.

Voor de patiënten kan de inzet van de uitkomsten van dit onderzoek in de toekomst wellicht een verbetering van de transmurale, integrale geïntegreerde zorg betekenen. Oftewel een verbeterde samenwerking tussen alle zorgaanbieders, waar patiënten met veelvoorkomende chronische aandoeningen mee te maken krijgen. Met daarbij een meer persoonlijke, mensgerichte en holistische benadering van de zorg. Daarnaast spreken de onderzoekers de hoop uit dat door de inzet van de uitkomsten van dit onderzoek een meerwaarde wordt gecreëerd voor de patiënten in het kader van klantwaarden (Value Based Health Care (Porter & Teisman, 2006)). Bij een eventueel vervolgonderzoek is het goed om ook de patiëntenvereniging als expert mee te nemen.

De onderzoekers spreken daarnaast de wens uit dat de uitkomsten van dit onderzoek een bijdrage leveren aan een afname van de bureaucratie voor zorgprofessionals en dat zij hierdoor weer in hun kracht worden gezet om het verlenen van zorg in de brede zin van het woord, te kunnen uitoefenen.

De onderzoekers hopen tenslotte dat dit onderzoek een bijdrage gaat leveren aan het verminderen van de belemmeringen rondom de organisatie van de chronische zorg. Dat de stip op de horizon, het realiseren van de Triple Aim, mede door het toepassen van de juiste financiële prikkels voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland een stukje dichterbij gaat komen. Het is niet alleen vanuit wetenschappelijk maar ook vanuit maatschappelijk oogpunt van belang dat alle actoren binnen en buiten een chronisch zorgnetwerk in gezamenlijkheid stappen met elkaar gaan maken om de Triple Aim in de toekomst te realiseren.

9. Literatuurlijst

- Algemene Rekenkamer. (2010). Rapport - Afstemming van de zorg rond chronische aandoeningen; Terugblik 2010. Geraadpleegd op 2016, 22 april van www.rekenkamer.nl/dsresource?objectid=8019&type=org
- Algemene Rekenkamer. (2013). Achtergronddocument bij het rapport - Transparantie Ziekenhuisuitgaven; Uitgavenbeheersing in de zorg deel 2. Geraadpleegd op 2016, 22 april van http://www.rekenkamer.nl/Publicaties/Onderzoeksrapporten/Introducties/2013/10/Transparantie_ziekenhuisuitgaven
- ACM.(2015). Autoriteit Consument & Markt. Uitgangspunten toezicht ACM op zorgaanbieders in de eerste lijn. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/14734/Uitgangspunten-toezicht-ACM-op-zorgaanbieders-in-de-eerste-lijn/>
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.
- Belkadi, H. (2006). *Disease management en de chronische ziekenzorg: een analyse van 121 afgeronde ZonMW projecten*. ZonMw.
- Blokstra, A., Baan, C. A., Boshuizen, H. C., Feenstra, T. L., Hoogenveen, R. T., Picavet, H. S. J., ... & Verschuren, W. M. M. (2007). Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025.
- Boeije, H. (2014). Analyseren in kwalitatief onderzoek. *Denken en doen. Tweede druk Boom Lemma Uitgevers Den Haag*
- Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social work*, 48(3), 297-306.
- Butt, G., Markle-Reid, M., & Browne, G. (2008). Interprofessional partnerships in chronic illness care: a conceptual model for measuring partnership effectiveness. *International Journal of Integrated Care*, 8(2).
- CB. (2014). Cassatieblog 2014. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <http://cassatieblog.nl/verzekeringsrecht/art-13-zorgverzekeringswet-en-het-hinderpaalcriterium/>
- CBb. (2015). College van Beroep voor het Bedrijfsleven. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <http://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:CBB:2015:370>.
- CBS. (2008). Centraal Bureau voor de Statistiek. Zorggebruik onder de Nederlandse bevolking in 2008. Cijfers verkregen op verzoek NIVEL.
- CBS. (2013). Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en zorg in cijfers 2013. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2013/37/gezondheid-en-zorg-in-cijfers-2013>
- Christensen, C. M., Grossman, J. H., & Hwang, J. (2009). The innovator's prescription. A disruptive solution for health care. New York: McGraw-Hill.

- CPB. (2016). Centraal Planbureau 2016. Middellangetermijnverkenning 2018-2021. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <http://www.cpb.nl/publicatie/middellangetermijnverkenning-2018-2021>
- Cramm, J. M., Tsiachristas, A., Adams, S. A., Walters, B. H., Bal, R. A., Huijsman, R., ... & Nieboer, A. P. (2014). *Evaluatie van disease management programma's in Nederland*. Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19(sup1), 116-131.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed?. *Jama*, 260(12), 1743-1748.
- Doorewaard, H., & Verschuuren, P. (2005). Het ontwerpen van een onderzoek, derde druk. *Uitgeverij Lemma BV Utrecht*.
- Drewes, H. W., Heijink, R., Struijs, J. N., & Baan, C. A. (2015). Samen werken aan duurzame zorg: Landelijke monitor proeftuinen. *RIVM rapport 2015-0076*.
- Donkers, E. C. M. M., & van Leeuwen, G. J. (2005). Kwetsbare ketens: Aansturing ketenzorg moet beter worden georganiseerd. *Medisch Contact*, 60(31/32), 273-1275.
- Dijk, C. E. Van, Swinkels, I. C. S., Lugt, M., & Korevaar, J. C. (2011). Integrale bekostiging: evaluatie van verwachte effecten op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.
- EIB. 2012. Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Eindrapport-integrale-bekostiging-zorg.pdf>
- Eijkenaar, F., & Schut, E. (2015). Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on) begaanbare weg?.
- Holmesland, A. L., Seikkula, J., Nilsen, Ø., Hopfenbeck, M., & Arnkil, T. E. (2010). Open Dialogues in social networks: professional identity and transdisciplinary collaboration. *International journal of integrated care*, 10(3).
- Horst, A. van der & Rele, H. ter. (2013). Solidariteit onder druk? Zorg op maat heeft toekomst. De prijs van gelijke zorg. Centraal Planbureau Policy brief 2013/01. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <http://www.cpb.nl/publicatie/de-prijs-van-gelijke-zorg>
- Huber, M. (2010). Invitational Conference "Is health a state or an ability. *Towards a dynamic concept of health*. Report of the meeting December 10-11, 2009. Geraadpleegd op 2016, 22 april van https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/bijlage%20A1004_1.pdf
- Huijben, M. E. M. (2011). Het Chronic Care Model in Nederland. *Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg*.

- Jansen, D., Spreeuwenberg, P., & Heijmans, M. J. W. M. (2012). *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken: Rapportage 2012*. NIVEL.
- Kilgore, R. V., & Langford, R. W. (2010). Defragmenting care: testing an intervention to increase the effectiveness of interdisciplinary health care teams. *Critical care nursing clinics of North America*, 22(2), 271-278.
- Kongstvedt, P. R. (2009). *Managed care: What It is and how it works*. Jones & Bartlett Publishers.
- KPMG Plexus. (2013a). Integrale zorg. Naar nieuwe coalities in de zorg. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <https://www.kpmg.com/NL/nl/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/PDF/Healthcare/Integrale-zorg.pdf>
- KPMG Plexus. (2013b). Populatiebekostiging: waarom, wat en hoe? Geraadpleegd op 2016, 22 april van <https://www.kpmg.com/NL/nl/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/PDF/Healthcare/Populatiebekostiging-waarom-wat-en-hoe.pdf>
- LHV. (2014). Landelijke huisartsen vereniging. 27 november. Zorgverzekeraars passen systeem resultaatbeloning aan. Geraadpleegd op 2016, 23 april van <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/zorgverzekeraars-passen-systeem-resultaatbeloning-aan>
- LHV. (2015). Landelijke huisartsen vereniging. Geraadpleegd op 2016, 26 april van https://www.google.nl/search?q=drie+segmenten&hl=nl&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwj2oveZoLfMAhWCvRQKHRSB10Q_AUIBygB&biw=1366&bih=622#hl=nl&tbn=isch&q=drie+segmenten+model+huisartsen&imgsrc=3EOB2bMrEUj--M%3A
- Medisch Specialistische Zorg. (2012), Mediforum, Bergen NH.
- Ministerie van VWS. (2008). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief - Programmatische aanpak van chronische ziekten. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2008/06/16/programmatische-aanpak-van-chronische-ziekten>
- Ministerie van VWS. (2013a). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief over uitkomstbekostiging in de curatieve zorg. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/07/04/kamerbrief-over-uitkomstbekostiging-in-de-curatieve-zorg>
- Ministerie van VWS. (2013b). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief over proeftuinen en pilots 'betere zorg met minder kosten'. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/04/23/kamerbrief-over-proeftuinen-en-pilots-betere-zorg-met-minder-kosten>
- Ministerie van VWS. (2013c). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief

- over Invoering integrale bekostiging medisch-specialistische zorg. Geraadpleegd op 2016, 22 april van
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/12/18/kamerbrief-over-invoering-integrale-bekostiging-medisch-specialistische-zorg>
- Ministerie van VWS. (2015). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief – Commissiebrief Tweede Kamer inzake Wijze van uitvoering van de aangenomen nader gewijzigde motie Leijten/Dik-Faber (Kamerstuk 29689, nr. 581), alsmede toezending van de onderzoeksopzet/vraag. Geraadpleegd op 2016, 22 april van
<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2015/05/11/commissiebrief-over-wijze-van-uitvoering-van-de-aangenomen-motie-leijten-dik-faber/commissiebrief-over-wijze-van-uitvoering-van-de-aangenomen-motie-leijten-dik-faber.pdf>.
- Ministerie van VWS. (2016a.) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd op 2016, 22 april van
<https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport>.
- Ministerie van VWS. (2016b). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief over preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van Geraadpleegd op 2016, 22 april van resultaten.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/03/25/kamerbrief-over-preventie-in-het-zorgstelsel-van-goede-bedoelingen-naar-het-in-de-praktijk-ontwikkelen-van-resultaten>.
- Ministerie van VWS. (2016c). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief over erkenning sportarts. Geraadpleegd op 2016, 22 april van
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/personeel-in-de-zorg/documenten/kamerstukken/2014/04/08/kamerbrief-over-erkenning-sportgeneeskunde>
- Minkman, M., Ahaus, K., Fabbriotti, I., Nabitz, U., & Huijsman, R. (2009). A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(1), 66-75.
- NHSCC. (2016). NHS Clinical Commissioners. Geraadpleegd op 2016, 22 april van
<http://www.nhscc.org/ccgs/>
- NPHF. (2015). NPHF Federatie voor Gezondheid. Actieagenda Projectgroep Beroepen en Opleidingen. Geraadpleegd op 2016, 22 april van
https://www.tno.nl/media/7035/thema_arbeid_gezondheid_voortgangsrapportage_2015.pdf
- NZa. (2005). Nederlandse Zorgautoriteit. Beleidsregel - Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg. Geraadpleegd op 2016, 22 april van
https://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/BR_CU_2136__Prestaties_en_tarieven_medisch_specialistische_zorg
- NZa. (2010). Nederlandse Zorgautoriteit. Uitvoeringstoets mededingsanalyse zorggroepen.Samenwerken en concurreren in ketenzorg. Geraadpleegd op 2016, 22 april van
https://www.nza.nl/1048076/1048181/Uitvoeringstoets_mededingingsanalyse_zorggroepen.pdf

- NZa. (2011). Nederlandse Zorgautoriteit. Brief Definitief besluit DOT. Geraadpleegd op 2016, 22 april van https://www.nza.nl/95826/dbcdossier/282263/Brief_NZa_aan_VWS_definitief-besluit-DOT.pdf
- NZa. (2014a). Nederlandse zorgautoriteit. Marktscan en beleidsbrief. Ketenzorg 2014 Weergave van de markt 2008-2013. Geraadpleegd op 2016, 22 april van https://www.nza.nl/104107/105773/953131/Marktscan_Ketenzorg_2014_en_beleidsbrief.pdf
- NZa. (2014b). Nederlandse Zorgautoriteit. Vaststelling prestaties, tarieven, regelgeving. Geraadpleegd op 2016, 22 april van https://www.nza.nl/regelgeving/circulaires/CI_14_27c__Vaststelling_prestaties_tarieven_en_regelgeving_medische_specialistische_zorg_2015
- NZa. (2014c). Nederlandse Zorgautoriteit. Beleidsregel - Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten. Geraadpleegd op 2016, 22 april van https://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/BR_CU_7092__Samenwerking_ten_behoeve_van_geintegreerde_eerstelijnszorgproducten
- NZa. (2014d). Nederlandse Zorgautoriteit. Beleidsregel - Huisartsenzorg-Verrichtingenlijst M en I. Geraadpleegd op 2016, 22 april van https://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/BR_CU_7091__Huisartsenzorg_Verrichtingenlijst_M_en_I
- NZa. (2015a). Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Integrale bekostiging medisch specialistische zorg. Geraadpleegd op 2016, 22 april van https://www.nza.nl/1048076/1048181/Monitor_Integrale_bekostiging_medisch_specialistische_zorg_2015.pdf
- NZa. (2015b). Nederlandse Zorgautoriteit. 2015. Beleidsregel - Innovatie ten behoeve van nieuwzorgprestaties. Geraadpleegd op 2016, 22 april van https://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/AL_BR_0027__Innovatie_ten_behoeve_van_nieuwe_zorgprestaties
- NZa. (2015c). Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor en Beleidsbrief. Transitie eerstelijnszorg 2015. Verkenning van de inhoud van contracten. Geraadpleegd op 2016, 22 april van https://www.nza.nl/1048076/1048181/Monitor_Transities_eerstelijnszorg_2015_met_beleidsbrief.pdf
- NZa. (2015d). Nederlandse Zorgautoriteit. Tarieven en prestaties 2015. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <https://www.nza.nl/regelgeving/tarieven/vrije beroepsbeoefenaren/Tarieven-en-prestaties-2015>
- Nza. (2015e). Nederlandse Zorgautoriteit. Memo Resultaatbeloning en shared savings
- NZa. (2016a). Nederlandse Zorgautoriteit. Memo beleidsaanpassing na uitspraak CBB huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg februari 2016

- NZa. (2016b). Nederlandse Zorgautoriteit. Regeling 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)' Geraadpleegd op 2016, 22 april van https://www.nza.nl/1048076/1048133/NR_CU_702__Integrale_bekostiging_multidisciplinaire_zorgverlening_chronische_aandoeningen_DM_type.pdf.
- Plochg, T. (2013). Multimorbiditeit en preventie deel I. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <http://www.nphf.nl/impuls/020/blog-multimorbiditeit-preventie-1/>
- Plochg, T. (2015). Van nazorg naar voorzorg. Implementeren van een strategische agenda Geraadpleegd op 2016, 22 april van <http://www.nphf.nl/actueel/nieuws/150915/nphf-lezing-2015/>
- Pomp, M. (2013). Populatiebekostiging: panacee, hype of verkapt kartel. *Nederlandse Zorgautoriteit*, 1, 1-61.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard Business Press.
- Ramsay, A., & Fulop, N. (2008). The evidence base for integrated care. *London: Department of Health*.
- Rijksoverheid. (1997). Mededingingswet. Geraadpleegd op 2016, 29 april van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0008691/2014-08-01>
- Rijksoverheid. (2006). Zorgverzekeringswet. Geraadpleegd op 2016, 24 april van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2016-01-01>
- Rijksoverheid. (2008). Wet publieke gezondheidszorg. Geraadpleegd op 2016, 24 april van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2016-01-01>.
- Rijksoverheid. (2011). Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012 – 2015. (2011). Geraadpleegd op 2016, 22 april van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/besluiten/2011/07/05/bestuurlijk-hoofdlijnenakkoord-2012-2015>
- Rijksoverheid. (2012). Regeerakkoord VVD-PvdA. Bruggen slaan. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/10/29/regeerakkoord>
- Rijksoverheid. (2013a). Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-eerste-lijn-2014-tot-en-met-2017>
- Rijksoverheid. (2013b). Onderhandelaarsresultaat Medisch Specialistische Zorg 2014 tot en met 2017. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-medisch-specialistische-zorg-2014-t-m-2017/onderhandelaarsresultaat-medisch-specialistische-zorg-2014-t-m-2017.pdf>

- Rijksoverheid. (2015a). Wet langdurige zorg. Geraadpleegd op 2016, 24 april van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2016-01-01>
- Rijksoverheid. (2015b). Wet maatschappelijke ondersteuning. Geraadpleegd op 2016, 24 april van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2015-01-01>
- Rijksoverheid. (2016). Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen. Geraadpleegd op 2016, 30 april van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0019057/2016-01-01#Hoofdstuk7>
- RIVM. (2014). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Aantal chronisch zieken neemt toe. Geraadpleegd op 2016, 22 april van http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Niewsberichten/2013/Aantal_chronisch_zieken_neemt_toe.
- Rosendal, H., Ahaus, C. T. B., Huijsman, R., & van Raad, C. (2009). Ketenzorg, Praktijk in perspectief. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg
- Rotmans, J. (2015). Interview over verandering van tijdperk en kantelend Nederland. Door Loek Kusiak en Jan Dirven. 2015, 9 april. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <http://www.janrotmans.nl/artikelen-columns-en-blogs/interview-met-jan-rotmans-over-verandering-van-tijdperk-en-kantelend-nederland/>
- Ruwaard, D., Spreeuwenberg, M., Kroese, M., Steevens, J., Ouwens, M., Hilbink, M., & Braspenning, J. (2014). Triple Aim en de toepassing in de regionale proeftuinen Populatiemanagement van VGZ en CZ. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <http://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai%3Apublications.maastrichuniversity.nl%3A27-M288075>
- RVZ 1998. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Naar een meer vraaggerichte zorg. Geraadpleegd op 2016, 22 april van https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Naar_een_meer_vraaggerichte_zorg.pdf
- Schrijvers, G., Spreeuwenberg, C., Laag, H. V. D., Rutten, G., Nabarro, G., Schene, A., ... & Acampo, M. (2005). Disease management in de Nederlandse context. Utrecht, Igitur Universiteitsbibliotheek
- Schrijvers, G. (2009). Disease management: a proposal for a new definition. *International journal of integrated care*, 9e06.
- Schrijvers, G. (2014). Zorginnovatie volgens het cappuccinomodel. *Amsterdam: Thoeis*.
- Schut, E. & Rutten, F. (2012) Economie van de gezondheidszorg. Vierde druk. *Reed Business Education Amsterdam*.
- Song, Z. (2014). *Payment Reform in Massachusetts: Health Care Spending and Quality in Accountable Care Organizations Four Years into Global Payment* (Doctoral dissertation).
- Song, Z., Rose, S., Safran, D. G., Landon, B. E., Day, M. P., & Chernew, M. E. (2014). Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. *New England Journal of Medicine*, 371(18), 1704-1714.

- Spoorenberg, S. L., Uittenbroek, R. J., Middel, B., Kremer, B. P., Reijneveld, S. A., & Wynia, K. (2013). Embrace, a model for integrated elderly care: study protocol of a randomized controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, service use, costs, and quality of care. *BMC geriatrics*, 13(1), 62.
- Struijs, N. & Ruwaard, S. (2015). Een internationale vergelijking van bekostigingshervormingen: Lessen van het AQC Clingendael European Health Forum Den Haag, 25 maart. Geraadpleegd op 2016, 22 april van <http://docplayer.nl/7921688-Een-internationale-vergelijking-van-bekostigingshervormingen-lessen-van-het-aqc-jeroen-n-struijs-suzanne-ruwaard.html>
- Ursum, J., Rijken, M., Heijmans, M., Cardol, M., & Schellevis, F. (2011). NIVEL Overzichtstudies: zorg voor chronisch zieken: organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie.
- Vries, M. de, & Kossen, J. (2014). Zó werkt de zorg in Nederland: kaartenboek gezondheidszorg editie 2015. *Amsterdam: De Argumentenfabriek*.
- Vrijhoef, H.J.M. en L.M.G. Steuten (2005a). Innovatieve zorgconcepten op een rij: integrated care. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 83(8), 512-514.
- Vrijhoef, H.J.M. en L.M.G. Steuten (2005b). Innovatieve zorgconcepten op een rij: disease management (1). *Tijdschrift voor gezondheids- wetenschappen*, 83(5), 304-306.
- Vrijhoef, H.J.M. en L.M.G. Steuten (2006). Innovatieve zorgconcepten op een rij: ketenzorg (7). *Tijdschrift voor gezondheidsweten schappen*, 86(3), 182-184.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 511-544.
- World Health Organization. (2002). Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions: global report.
- World Health Organization. (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report.
- Zwar, N., Harris, M., Griffiths, R., Roland, M., Dennis, S., Powell Davies, G., & Hasan, I. (2006). A systematic review of chronic disease management. *Canberra: Australian Primary Health Care Research Institute*.

10. Bijlagen

Bijlagen Hoofdstuk 1

Bijlage 1.1. Indeling kwaliteit van zorg

In afbeelding 1.3. staan de drie aspecten ter verbetering van kwaliteit van zorg volgens Donabedian (1988), te weten uitkomstkwaliteit, proceskwaliteit en structuurkwaliteit.

Indeling kwaliteit van zorg

Uitkomstkwaliteit

Het effect van zorgverlening op patiënten en bevolkingsgroepen zoals veranderingen in gezondheid, gedrag, kennis, ervaringen en kwaliteit van leven. Het relateren van uitkomsten aan zorgverlening is lastig, omdat vaak andere factoren zoals huisvesting, inkomen en opleidingsniveau van patiënten eveneens op gezondheid van invloed zijn. In plaats van uitkomstkwaliteit komt ook de term productkwaliteit voor.

Proceskwaliteit

Een zorgproces bestaat uit een aantal activiteiten die na elkaar of naast elkaar plaatsvinden. Voorbeelden zijn screening, diagnose, behandeling, nazorg, gezondheidseducatie. Een belangrijk kwaliteitsaspect vormt de continuïteit van zorg, zowel in persoon (zo min mogelijk verschillende professionals), in informatie (hergebruik van al verzamelde informatie) en in logistieke zin (geen onnodige wachttijden tussen opeenvolgende activiteiten). Proceskwaliteit slaat zowel op activiteiten van professionals als van patiënten. Bij therapietrouw van zorgprofessionals gaat het om de trouw aan standaarden en richtlijnen. Bij therapietrouw van patiënten gaat het om bijvoorbeeld innemen van medicijnen zoals overeengekomen door arts en patiënt.

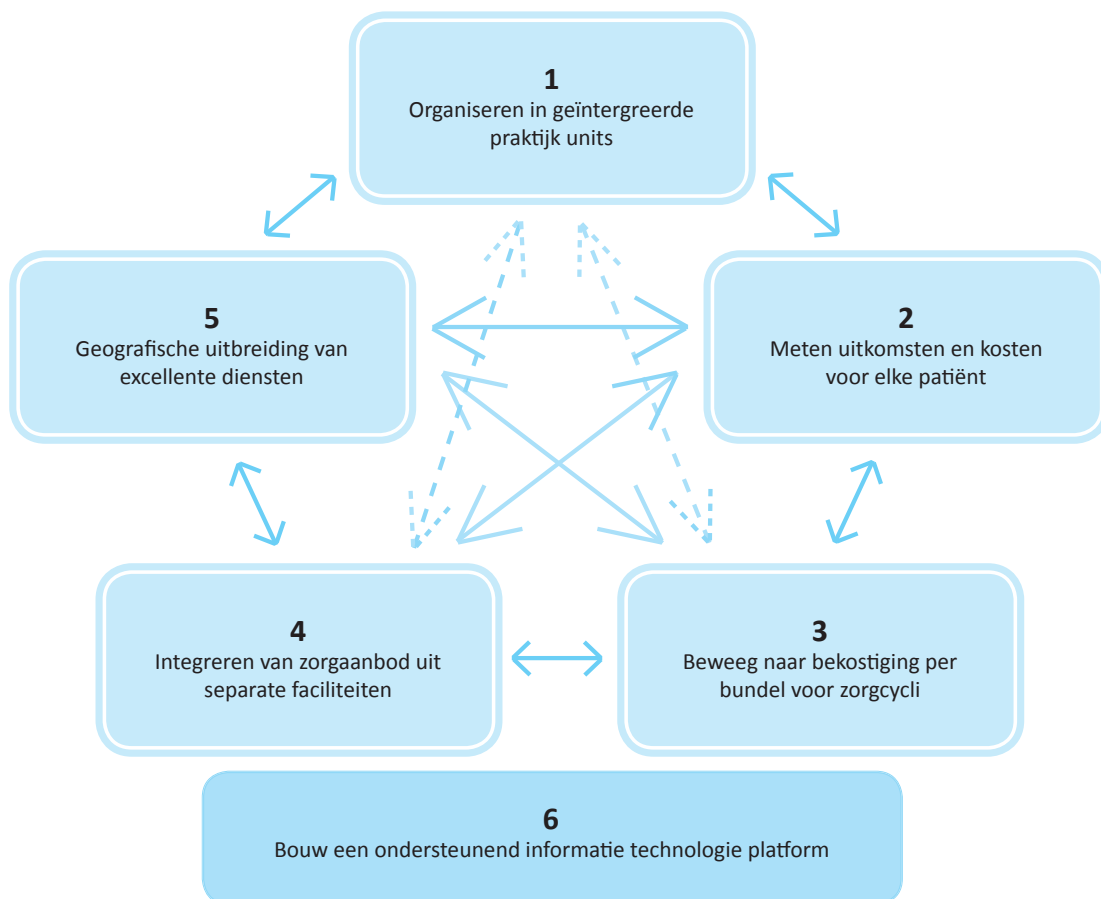
Structuurkwaliteit

De kwaliteit van de gebouwen en de apparatuur, het opleidingsniveau en ervaring van de professionals, de kenmerken van de zorgorganisatie de methode van bekostiging van de zorgverlening, de informatievoorziening. De aanwezigheid van structuurkenmerken is meestal eenvoudig te meten.

Afbeelding 1.3. Indeling kwaliteit van zorg bewerkt naar Donabedian, 1988

Bijlage 1.2. Klantwaarden: Value Based Health Care

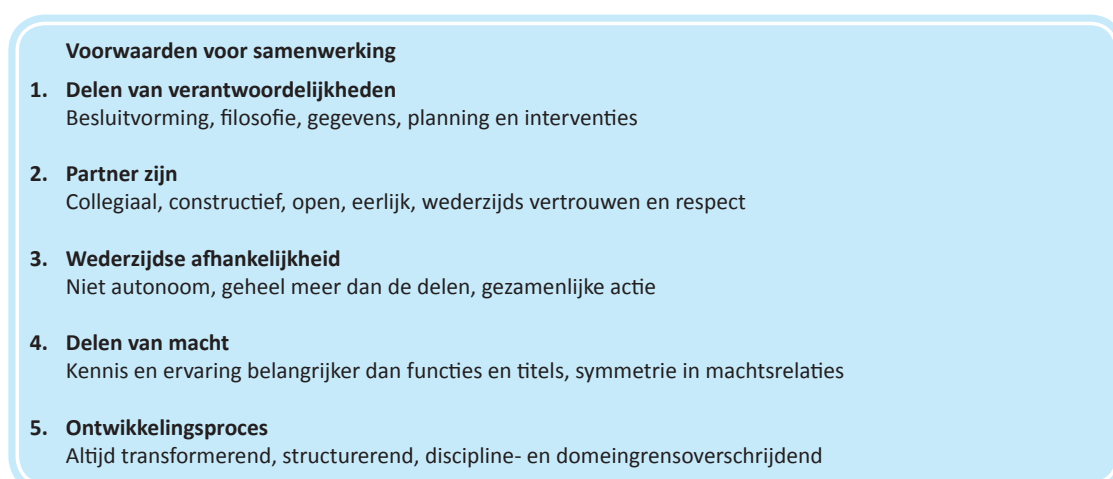
Het maximaliseren van de waarden van patiënten (klantwaarden), namelijk de beste uitkomsten bereiken tegen de laagste kosten, (Porter & Teisberg, 2006) wordt schematisch weergegeven in afbeelding 1.4.



Afbeelding 1.4. Klantwaarden/Value Based Health Care, bewerkt naar Porter & Teisberg, 2006

Bijlage 1.3. Samenwerking

In 2005 publiceerde d' Amour en collega's (D'Amour et al., 2005) in hun literatuurstudie vijf voorwaarden voor samenwerking tussen professionals, zie afbeelding 1.5.



Afbeelding 1.5. Vijf voorwaarden voor samenwerking professionals, bewerkt naar D'Amour et al., 2005

Bijlage 1.4. Interprofessionele samenwerking

Interprofessionele samenwerking in de chronische zorg is onderzocht door de Canadese onderzoekers Butt en collega's (Butt, Markle-Reid & Browne, 2008). Zij onderkennen drie aspecten van samenwerking die van invloed zijn op de patiëntenzorg, zie afbeelding 1.6.

Aspecten van samenwerking

- 1. Basiscondities**

Willen professionals wel samenwerking, collegiale relaties, onderlinge afhankelijkheid en leiderschap binnen de samenwerking?
- 2. Organisatorische factoren**

Is er voldoende ondersteuning voor de samenwerking op het terrein van bijvoorbeeld (digitaal) berichten-verkeer, secretariaat en gemeenschappelijke richtlijnen?
- 3. Maatschappelijke factoren**

Maatschappelijke factoren zoals status- en inkomensverschillen tussen samenwerkende professionals, bestaande eigen beroepsregulering en verkeerde financiële prikkels.

Afbeelding 1.6. Drie aspecten van samenwerking die van invloed zijn op de patiëntenzorg bewerkt naar Butt, Markle-Reid & Browne, 2008

Bijlage 1.5. Integrator

De vijf functies van een integrator (Berwick et al., 2008) zijn in onderstaande afbeelding 1.7. weergegeven.

Functies van integrator

- 1. Het betrekken van individuen en families**

Een effectieve integrator werkt volhardend om de "meer is beter" cultuur te veranderen door middel van transparantie, systematische educatie, communicatie en gezamenlijke besluitvorming met patiënten en patiëntenverenigingen liever dan door beperkte toegang, verschuiven van kosten of het vestigen van administratieve horden tot gezondheidszorg.
- 2. Herontwerpen van eerstelijnsdiensten en -structuren**

De integrator neemt de verantwoordelijkheid om de mogelijkheden en infrastructuur te bouwen om eerste-lijnszorginstellingen te laten functioneren in deze uitbreiding van hun rol.
- 3. Gezondheidsmanagement van de populatie**

De integrator is verantwoordelijk om middelen in te zetten voor de populatie of om anderen aan te geven hoe middelen zouden moeten worden ingezet.
- 4. Financieel management systeem**

Een effectieve integrator verzekert dat de betaling en de allocatie van middelen de Triple Aim ondersteunt. Een belangrijke eerste stap voor een systematische benadering tot beheersen van de kosten is het definiëren, meten en transparant maken van de kosten per hoofd van de bevolking. De pijlpalen van financieel management in een systeem dat Triple Aim nastreeft zijn politieke beleidsmaatregelen, inkoopcontracten of marktmechanismen die de totale kosten moeten maximeren met strikte jaar-over-jaar groei doelstellingen.
- 5. Systeem integratie op macro niveau**

Een gewetensvolle integrator streeft ernaar om bewezen en betrouwbare individuele zorg en op de populatie gerichte interventies te leveren of te contracteren. Om dat te bewerkstelligen, zal iedereen binnen het gezondheidzorgsysteem toegang moeten hebben tot up-to-date medische kennis, de gestandaardiseerde definitie van kwaliteit en kosten en bewijsmiddelen en metingen verzameld en verspreid door een betrouwbare organisatie. In werkelijkheid zullen patiënten, zorgprofessionals, zorgorganisaties en managers de betrouwbaarheid, de mate waarin de zorg bewezen is, de kosten en de voortgang van verbeteringen, moeten weten.

Afbeelding 1.7. Vijf functies van een integrator bewerkt naar Berwick et al., 2008

Bijlagen Hoofdstuk 2

Bijlage 2.1. Topiclijst

Topiclijst	
Topics	Hoofdvragen
1. Programmatische aanpak en zorggroepen	a. Hoe is de programmatische aanpak door zorggroepen georganiseerd in de huidige situatie? b. Wat zijn de positieve dan wel negatieve effecten en wat moet er worden verbeterd om de Triple Aim te kunnen realiseren?
2. Chronische zorgnetwerken in Nederland	Aan welke kenmerken moeten zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland voldoen?
3. Organisatievoorwaarden en organisatiekenmerken	Welke organisatievoorwaarden en -kenmerken, los van financiële prikkels dragen bij aan de realisatie van de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland?
4. Financiële prikkels	Welke financiële prikkels zijn toepasbaar om de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland te realiseren?
5. Stappen realisatie Triple Aim	Welke stappen met betrekking tot financiële prikkels, kunnen op korte termijn vanuit de huidige situatie met zorggroepen dan wel (middel-)lange termijn worden gezet om de Triple Aim voor zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen in Nederland te realiseren?

Afbeelding 2.1. Topiclijst

Bijlage 2.2. Geïnterviewde experts

Experts		
Naam	Functie	Organisatie
A. Dijkstra, MSc	Beleidscoördinator Basiszorg	Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport
prof. dr. P.N.R. Dekhuijzen	hoogleraar Longgeneeskunde	Radboud UMC
dr. F. Eijkenaar	Universitair Docent	Erasmus Universiteit Rotterdam IBMG
dr. J.F.B.M. Fiolet	Directeur patiëntenzorg	Maastricht UMC+
R.J.B. Groot Koerkamp, MSc	Directie- en bestuursadviseur	Zorgverzekeraars Nederland
W. Hobbelink	Beleidsmedewerker Eerstelijns zorg en ketens	Nederlandse Zorgautoriteit
drs. H.J. van der Hoek	Voorzitter Raad van Bestuur	De Friesland Zorgverzekeraar
prof. dr. A. Klink	Lid Raad van Bestuur	Coöperatie VGZ
M.L.F. Klomp	Bestuurslid Medisch Directeur	Ineen Zorggroep DOH
F.E.E. Mulder, MSc	Beleidsmedewerker Basiszorg	Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport
dr. M. Munneke	Directeur ParkinsonNet UHD Zorginnovatie	Radboud UMC
ir. J.P. Propper	Directeur	OptiMedis Nederland
H. Scholman	Beleidsmedewerker Eerstelijns zorg en ketens	Nederlandse Zorgautoriteit
prof. dr. C. Spreeuwenberg	em. hoogleraar Integratie chronische zorg	Universiteit Maastricht
dr. J. N. Struijs	Senior onderzoeker	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Afbeelding 2.2. Geïnterviewde experts

Bijlage Hoofdstuk 3

Bijlage 3.1. Realisatie Triple Aim door basisbekostigingsmethoden

Voor onderstaande uitwerking is gebruik gemaakt van het rapport van Eijkenaar en Schut (2015)

Monodisciplinaire bekostiging

1. Realisatie Triple Aim bij bekostiging per zorgactiviteit/verrichting (fee for service)

- Verbeteren van de gezondheid van de populatie

Er bestaat in principe geen prikkel voor preventie en gezond houden. Immers, des te gezonder de patiënten worden, des te minder vraag er is naar zorg en des te minder er gedeclareerd kan worden.

- Verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg

In beginsel bevat deze bekostigingsmethode geen prikkel voor het leveren van goede technische kwaliteit omdat extra activiteiten die nodig zijn vanwege aanhoudende klachten of complicaties toch bekostigd worden. Er bestaat echter ook geen prikkel voor het beknibben op kwaliteit, bijvoorbeeld door uit financiële overwegingen niet de beste behandeling te geven. Onderbehandeling wordt hierdoor voorkomen.

- Lagere/gelijkblijvende kosten per hoofd van de bevolking

Deze bekostigingsmethode bevat geen prikkel tot kostenbewust gedrag. Integendeel, er bestaan juist prikkels tot verlening van onnodig(e) (dure) zorg via het verruimen en/of verschuiven van indicaties. Bij indicatieverruiming worden patiënten ten onrechte geïndiceerd, wat leidt tot onnodige kosten en tevens schadelijk kan zijn voor de gezondheid van de patiënt. Bij indicatieverschuiving (upcoding) wordt ten onrechte een indicatie met een hoger tarief gebruikt. Voorts is er als gevolg van de volumeprikkel (des te meer activiteiten, des te meer inkomsten) en het openeinde-karakter geen sprake van kostenbeheersing. Een inherent nadeel van fee for service bekostiging is dat er geen prikkel bestaat voor doelmatige coördinatie met andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld in het kader van ketenzorg). Coördinatiewerkzaamheden worden niet beloond omdat de bekostiging alleen betrekking heeft op afzonderlijke zorgactiviteiten verleend door één type zorgaanbieder.

2. Realisatie Triple Aim bij bekostiging per zorgbundel per patiënt

- Verbeteren van de gezondheid van de populatie

In principe is er geen prikkel voor (primaire) preventie omdat er een positieve relatie bestaat tussen het aantal zorgbundels en de inkomsten. Afhankelijk van de vormgeving kan de prikkel tot secundaire preventie echter groter zijn, bijvoorbeeld als de kosten van de behandeling van aanhoudende en/of verergerende klachten onder de betaling vallen; men kan dan immers geld overhouden door dergelijke klachten zoveel mogelijk te voorkomen.

- Verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg

De mate waarin sprake is van een prikkel voor goede kwaliteit hangt af van de mate waarin de kosten van behandeling van eventuele complicaties en/of toekomstige gezondheidsklachten onder de bekostiging vallen.

- Lagere/gelijkblijvende kosten per hoofd van de bevolking

Een voordeel van deze bekostigingsmethode is dat er een prikkel bestaat voor kostenbeheersing binnen de zorgbundel, bijvoorbeeld via doelmatige substitutie en goede afstemming van zorg. Er bestaat echter mogelijk ook een stimulans tot het stellen van meer en/of zwaardere indicaties dan nodig (upcoding), vooral wanneer er onduidelijkheid bestaat over de benodigde omvang van de zorg (het grijze gebied). Bij de DBC- zorgproducten bestaat juist een prikkel tot doelmatige substitutie tussen deze zorgvormen omdat poliklinische zorg en dagbehandelingen in de bundel zijn inbegrepen. Wel bestaat bij deze

bekostigingswijze altijd een positieve relatie tussen het aantal geleverde zorgbundels en de inkomsten, zodat er geen prikkel bestaat tot kostenbeheersing buiten de zorgbundel. Een inherent nadeel van bekostigingsmethoden voor één type zorgaanbieder is dat goede coördinatie met andere zorgaanbieders niet wordt beloond en gestimuleerd. Wel bestaat er een prikkel voor efficiënte substitutie en afstemming van zorg binnen de zorgbundel. Naarmate de zorgbundel meer zorgvormen gaat bevatten die kunnen worden geleverd door ander type zorgaanbieders (zoals bij de keten-DBC's voor chronische zorg), zullen de prikkels tot multidisciplinaire coördinatie en substitutie toenemen. De prikkel tot risicoselectie geldt vooral als patiënten binnen een zorgbundel sterk verschillen in zorgzwaarte. De prikkel tot risicoselectie neemt toe naarmate de zorgbundel betrekking heeft op meer zorgvormen en zorgkosten, en kan worden verkleind door de bundels zo goed mogelijk af te stemmen op specifieke patiëntengroepen. Een nadeel van een dergelijke verfijning is dat dit de mogelijkheden voor upcoding vergroot omdat de verschillen tussen de bundels geringer worden.

3. Realisatie Triple Aim bij bekostiging per zorgbundel per verzekerde

- Verbeteren van de gezondheid van de populatie

Van alle basisbekostigingsmethoden is de prikkel tot preventie het sterkst bij bekostiging per verzekerde. Immers, des te beter erin wordt geslaagd de verzekerdenpopulatie gezond te houden, des te lager het zorggebruik en de -kosten. De prikkel tot preventie neemt toe (en de prikkel tot onderbehandeling af) naarmate een groter deel van de zorgkosten van toekomstige gezondheidsklachten binnen de contractperiode onder de bekostiging vallen.

- Verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg

Een belangrijk nadeel van bekostiging per verzekerde is de prikkel tot het beknibbelen op kwaliteit, bijvoorbeeld door uit financiële overwegingen niet de beste (duurste) behandeling te geven.

- Lagere/gelijkblijvende kosten per hoofd van de bevolking

Bij deze bekostigingsmethode bestaat er een sterke stimulans voor kostenbeheersing met betrekking tot het geheel aan zorgactiviteiten dat onder de bekostiging valt, bijvoorbeeld via het voorkomen van onnodig(e) (dure) zorg en substitutie. Des te meer zorgvormen onder de zorgbundel vallen, des te sterker de prikkel tot kostenbewust gedrag. Er is geen prikkel voor goede afstemming en samenwerking met ander type aanbieders. Dat geldt ook voor bekostiging per verzekerde voor zover de zorgbundel monodisciplinair van aard is. Bij deze bekostigingsmethode bestaat een sterke prikkel tot kostenbesparende innovatie; vanwege de prikkel tot onderbehandeling en beknibbelen op kwaliteit. Een belangrijk nadeel van bekostiging per verzekerde is dat er een prikkel bestaat tot risicoselectie en kostenverschuiving. Omdat de bekostiging betrekking heeft op een breder scala aan zorg dan bij bekostiging per patiënt, is de prikkel tot selectie groter en daarmee ook het belang van goede risicocorrectie, vooral wanneer de zorgbundel multidisciplinair van aard is (i.e. zorg bevat die door meerdere typen aanbieders kan worden geleverd). Zo is bekend dat mensen met een laag opleidingsniveau gemiddeld een hoger zorggebruik hebben dan mensen met een hoog opleidingsniveau (Van der Horst & ter Rele, 2013); zonder correctie voor (indicatoren voor) opleidingsniveau hebben aanbieders dan een prikkel om laag opgeleiden te weren, bijvoorbeeld door middel van het verlenen van slechte service en/of doorverwijzing (kostenverschuiving) naar andere zorgaanbieders.

4. Realisatie Triple Aim bij bekostiging vast bedrag per periode

- Verbeteren van de gezondheid van de populatie

Hoewel er geen directe prikkel bestaat voor preventie, leidt het voorkómen van gezondheidsproblemen tot minder vraag wat leidt tot meer vrije tijd en een grotere besparing (die mogelijk deels ten gunste komt van de praktijk of organisatie). Onderbehandeling is echter niet uitgesloten omdat er geen prikkel bestaat voor een hoge arbeidsproductiviteit.

- Verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg

Voor zover salaris-/budgetverschillen tussen aanbieders niet samenhangen met prestaties qua kwaliteit is er geen prikkel voor een goede kwaliteit. Hoewel er geen directe prikkel bestaat tot onderbehandeling, is niet uitgesloten dat uiteindelijk minder zorg wordt geleverd dan nodig is omdat een hoge arbeidsproductiviteit niet wordt gestimuleerd.

- Lagere/gelijkblijvende kosten per hoofd van de bevolking

In tegenstelling tot bij fee for service is bij een salaris sprake van een prikkel om zo min mogelijk vraag naar zorg te genereren omdat de betaling onafhankelijk is van de geleverde inspanningen. Bij een budget kan deze prikkel ook gelden, maar dit is niet noodzakelijkwijs het geval. Zo kan gelden dat het budget voor de volgende periode wordt verlaagd als het niet volledig wordt besteed, wat juist een prikkel geeft om tegen het einde van de periode extra vraag of andere kosten te genereren om het budget 'vol te maken'. Een vast bedrag per periode bevat geen stimulans voor een goede coördinatie van zorg en samenwerking voor zover sprake is van een monodisciplinair zorgtakenpakket (tenzij goede afstemming de werklast verlicht). Dit is per definitie het geval bij een salaris. Indien een budget betrekking heeft op meerdere aanbieders, dan is sprake van een prikkel tot doelmatige samenwerking en coördinatie, mits eventuele besparingen op het budget (deels) ten gunste komen van de hoofdaannemer/organisatie. Er bestaat bij een budget een prikkel tot kostenbesparende innovatie omdat dat een grotere besparing op de vooraf vastgestelde betaling kan betekenen.

Bij bovenstaande basisbekostigingsmethoden heeft de bekostiging betrekking op één type aanbieder. Onderstaand, bij de multidisciplinaire basisbekostigingsmethoden, is er sprake van meerdere typen aanbieders die als collectief worden bekostigd.

Multidisciplinaire bekostiging

1. Realisatie Triple Aim bij integrale bekostiging

- Verbeteren van de gezondheid van de populatie

Bij integrale bekostiging is de vergoeding per patiënt of per aandoening. Er is dan ook geen prikkel tot preventie opgenomen voor de gehele populatie. De niet afgebakende populatie kan worden onderbelicht. Echter is er wel een prikkel om de gezondheid van de patiënten die integraal bekostigd worden te verbeteren, zodat zij minder zorg nodig hebben.

- Verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg

De verwachting is dat door implementatie van zorgstandaarden (inclusief kwaliteitsindicatoren) en verbeterde samenwerking de kwaliteit van de zorg van de patiënten verbetert. Echter de kans bestaat dat niet afgebakende zorg (niet opgenomen in zorgstandaard) kan worden onderbelicht.

- Lagere /gelijkblijvende kosten per hoofd van de bevolking

Bekostiging per patiënt / per aandoening heeft geen kostenbeheersende prikkel in zich. Het stimuleert zelfs om patiënten te upcoden en in aanmerking te laten komen voor integrale bekostiging.

2. Realisatie Triple Aim bij populatiebekostiging

- Verbeteren van de gezondheid van de populatie

Bij populatiebekostiging per verzekerde hebben zorgaanbieders een prikkel tot risicoselectie, ofwel het selecteren van relatief gezonde verzekerden met lage verwachte kosten. Omdat feitelijk risico-overdracht plaatsvindt van verzekeraar naar zorgaanbieder is het cruciaal dat wordt gecorrigeerd voor risicokenmerken van de populatie. Indien er aan risicocorrectie voldaan wordt verdwijnt deze prikkel waarschijnlijk. De kans bestaat dat de niet afgebakende populatie kan worden onderbelicht.

- Verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg

Populatiebekostiging kan resulteren in lagere kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Ongeacht de wijze waarop de besparingen en overschrijdingen gedeeld worden, is het cruciaal dat populatiebekostiging vergezeld gaat van prikkels voor het leveren van goede kwaliteit. (Deze kunnen financieel zijn in de vorm van een te verdienen additionele beloning of onderdeel zijn van de basisbekostiging. De niet-afgebakende zorg kan worden onderbelicht (KPMG Plexus, 2013b).

- Lagere/gelijkblijvende kosten per hoofd van de bevolking

Populatiebekostiging bevat een sterke prikkel tot kostenbeheersing want de prikkel om te produceren is hierbij verdwenen. Dit is zowel voor financiers als voor (zorg)aanbieders een voordeel. Als zorgaanbieders erin slagen minder uit te geven dan het feitelijke of virtuele budget, mogen zij (zowel bij shared savings als capitation) het verschil geheel of gedeeltelijk behouden. Bij een hoge overschrijdingskans is de doelmatigheidsprikkel zwak omdat de kans op het overhouden van middelen voor de aanbieder dan klein is. Bij een lage overschrijdingskans is de doelmatigheidsprikkel hoog voor de aanbieder, maar zijn de huidige uitgaven voor de financier hoog. Op korte termijn beperkt dit het besparingspotentieel van shared savings contracten en de zorguitgaven kunnen zelfs oplopen. Of het maatschappelijk gewenst is deze prijs te betalen, hangt af van het besparingspotentieel op middellange termijn. En dit hangt weer af van het tempo en de manier waarop het budget neerwaarts wordt aangepast. Bij capitation is een aantrekkelijke optie de 'maatstafconcurrentie' waarbij het budget jaarlijks neerwaarts wordt aangepast op basis van de gerealiseerde kosten bij vergelijkbare zorgaanbieders. Dit voorkomt een te laag budget, maar voorkomt ook dat zorgaanbieders 'in de prijzen vallen' doordat bij het vaststellen van het budget is uitgegaan van een te sterke uitgavengroei. Lagere kosten resulteren daarnaast niet automatisch in lagere zorgpremies. Dit laatste vereist dat de zorgverzekeraar de kostenreducties 'afroomt'. Uiteraard niet direct voor de volle 100%, want dat zou de prikkel tot kostenreductie bij zorgaanbieders wegnemen, maar voor een deel en/of zelfs pas na een aantal jaren. Bij 'shared savings', waarbij aanbieders slechts een deel van de besparingen ten opzichte van een benchmark behouden, is dit afromen ingebakken. Immers, slechts een deel van de besparingen wordt uitgekeerd aan de deelnemende zorgaanbieders. De rest komt automatisch terecht bij de zorgverzekeraar.

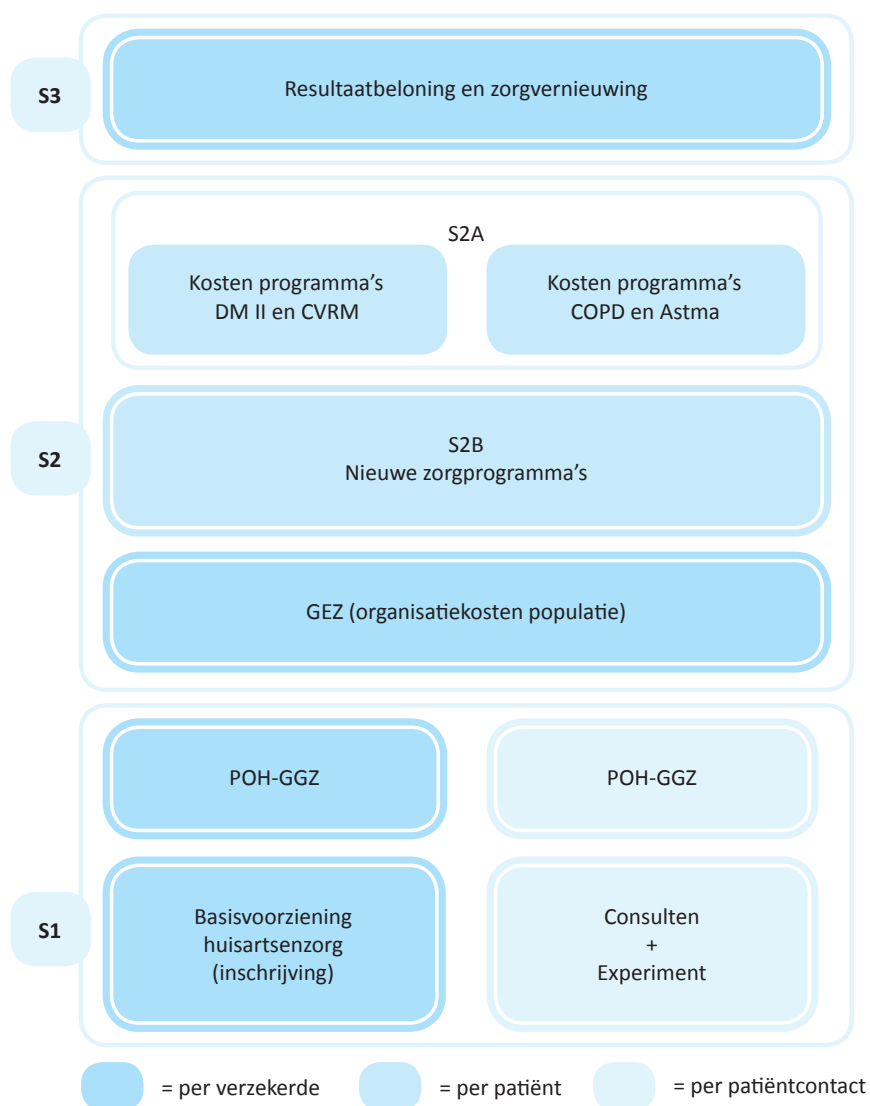
Bij partiële populatiebekostiging is er een sterke prikkel om de kosten te drukken binnen de eigen organisatie. Door het naast elkaar blijven bestaan van de diverse financieringsbronnen (Zvw, Wmo en Wlz) blijft echter het risico op afwenteling bestaan door het verschuiven van kosten tussen systemen. Immers, aanbieders die bekostigd worden op basis van populatiebekostiging hebben een gemaximeerd budget per persoon/cliënt, waardoor het 'doorschuiven' van kosten naar (duurdere) tweedelijnszorg aantrekkelijk kan zijn. Gemeentes zullen de neiging kunnen hebben om problemen c.q. kosten af te wentelen op zorgverzekeraars en andersom. Bij integrale populatiebekostiging komt daar nog een prikkel bij om terughoudend door te verwijzen c.q. door te verwijzen naar de goedkoopste tweedelijns zorgaanbieder. Een indirect, maar potentieel belangrijk effect van integrale populatiebekostiging is dat het de concurrentie tussen zorgaanbieders aanmoedigt. Dit is het gevolg van de toegenomen prijsgevoeligheid van doorverwijzers die er belang bij hebben om op zoek te gaan naar de goedkoopste aanbieder. Dit zoekgedrag moedigt prijsconcurrentie aan tussen aanbieders. Mogelijk lokt dit ook nieuw aanbod uit. Zolang deze extra prijsconcurrentie niet ten koste gaat van kwaliteit en/of toegankelijkheid, is dit een wenselijk gevolg van populatiebekostiging. Negatieve effecten van populatiebekostiging op de zorginkoopmarkt zijn echter niet uit te sluiten. Populatiebekostiging kan de kosten van niet-deelnemende verzekeraars namelijk verhogen of verlagen, afhankelijk van een complex samenspel van verschillende volume- en prijseffecten. Deze effecten, vooral negatieve, op de inkoopkosten van niet-deelnemende verzekeraars hebben mogelijk repercussies op de polismarkt. Want als niet-deelnemende verzekeraars op de zorginkoopmarkt geconfronteerd worden met hogere kosten door populatiebekostiging, dan verslechtert hierdoor hun concurrentiepositie op de markt voor de basispolis (Pomp, 2013).

Populatiebekostiging heeft de prikkel om het volume te verminderen waardoor onnodige productie wordt voorkomen. De aanbieder zal dit niet oneindig doen, omdat dan het (virtuele) budget uiteindelijk verminderd zal worden. (KPMG Plexus, 2013b) Wel is dit passend bij het streven naar een inzet die de zorgafhankelijkheid van de burger beperkt en die tevens de noodzaak van (onnodig) dure zorg voorkomt. In het verlengde van deze dalende volume prikkel zal de aanbieder ook zijn inzet zoveel mogelijk beperken. Afrekenen op resultaten voorkomt een teveel beperken van de inzet van de aanbieder, mits daartoe gestimuleerd door prestatiebeloning of door resultaatafspraken bij aanvang (Pomp, 2013). Zoals hier beschreven zou integrale populatiebekostiging tot zowel kostenreductie (of verminderde toename van kosten), als tot optimale/betere gezondheid van de populatie, als goede kwaliteit, effectiviteit en tevredenheid van de gebruikers oftewel de realisatie van de Triple Aim kunnen leiden.

Bijlagen Hoofdstuk 4

Bijlage 4.1. Driesegmentenmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Het driesegmentenmodel voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg wordt hieronder schematisch weergegeven en onder het model nader schriftelijk toegelicht.



Afbeelding 4.6. Driesegmentenmodel: huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, bewerkt naar LHV, 2015

Segment 1 (S1) beslaat de basishuisartsenvoorziening en bestaat uit de oude combinatie van een gedifferentieerd abonnementstarief per ingeschreven verzekerde en consulttarieven (LHV, 2015). Daarnaast gelden aparte prestaties voor vijf groepen van verrichtingen (zoals bepaalde chirurgische ingrepen). Voor S1 stelt de NZa maximumtarieven vast en is de mogelijkheid gecreëerd om te experimenteren met een systeem zonder consulten. Ten minste één verzekeraar maakt in 2015 gebruik van deze mogelijkheid (LHV, 2014).

Segment 2 (S2) richt zich op multidisciplinaire zorg waarbij naast de huisarts ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren van aandoeningen en zorgvragen die voorkomen bij een substantieel deel van de populatie. S2 bestaat uit drie onderdelen: S2A, S2B en de module voor samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ). S2A beschrijft de bestaande keten-DBC's voor multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg voor DM II, COPD, CVRM en astma. Vanwege de overlap

worden twee prestaties vastgesteld; één voor DM II en CVRM en één voor COPD en astma. S2B biedt ruimte om programmatische zorg vorm te geven voor elementen die nog geen onderdeel uit maken van de reguliere bekostiging.

Segment 3 (S3) biedt ruimte voor resultaatbeloning en zorgvernieuwing op lokaal niveau met betrekking tot de basishuisartsenzorg (S1), multidisciplinaire zorg (S2) en/of zorg die niet onder S1 of S2 valt. Om richting te geven zijn afzonderlijke prestaties en indicatoren ontwikkeld voor een aantal specifieke domeinen. Voor resultaatbeloning zijn prestaties gedefinieerd voor adequaat verwijzen en diagnostiek, doelmatig voorschrijven, service en bereikbaarheid, ketenzorg en overig. Ruimte voor zorgvernieuwing wordt geboden via prestaties voor eHealth en overige zorgvernieuwing. Tenslotte zijn een aantal prestaties gedefinieerd die nu nog niet goed in één van de drie segmenten in te passen zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld om zorg tijdens de avond-, nacht- en weekenduren, keuringen en onderzoek, en verrichtingen binnen de Module Modernisering & Innovatie (M&I-module) die niet zijn ondergebracht in S1. Alle prestaties kennen een maximumtarief, behalve de M&I-verrichtingen, die kennen een vrij tarief. Sinds 2015 bestaat daarnaast als nieuwe mogelijkheid de prestatie meekijkconsult in S3. Door deze prestatie kunnen huisartsen de expertise inroepen van gespecialiseerde zorgprofessionals, bijvoorbeeld medisch specialisten, zonder de patiënt door te verwijzen. De huisarts blijft tijdens het meekijkconsult de hoofdbehandelaar. Doel van de inzet is om verwijzing naar de tweede lijn te voorkomen of, indien verwijzing toch nodig is, om meer doelgericht te kunnen verwijzen (NZa, 2015c).

Bijlage 4.2. Bekostiging chronische zorg in de eerste lijn

Naast de mogelijkheid om de zorg voor mensen met veel voorkomende chronische aandoeningen middels integrale bekostiging te bekostigen zijn onderstaande bekostigingsmethoden in de huidige situatie ook nog mogelijk.

Samenwerkingsmodule/koptarief

De methode samenwerkingsmodule/koptarief is vastgelegd in de beleidsregel 'Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten' (NZa, 2014c). Deze samenwerkingsmodule wordt in praktijk ook wel GEZ-module of koptarief genoemd. De beleidsregel is breed toepasbaar op vormen van eerstelijnszorg waarbij de zorg door meerdere zorgaanbieders met verschillende disciplinaire achtergrond samen wordt geleverd en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de patiënt te leveren. Het doel is om een betere prijs- en kwaliteitsverhouding te realiseren. De GEZ-module kan worden ingezet voor diverse soorten geïntegreerde zorg. De regel is dus niet specifiek voorbehouden aan ketenzorg voor DM II, COPD en Cardio Vasculair Risicomanagement (CVRM). Een schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar is verplicht voor declaratie en het tarief is vrij onderhandelbaar.

Innovatieregeling

De methode innovatieregeling is vastgelegd in de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' (NZa, 2015b). Deze beleidsregel heeft als doel om zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte te bieden om kortdurend en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties, gericht op nieuwe of vernieuwde zorglevering met een betere prijs- en kwaliteitsverhouding. De experimenteerperiode kunnen partijen benutten om te bepalen of zij een prestatieaanvraag willen indienen en de daarvoor benodigde gegevens te verzamelen. Belangrijke voorwaarde is dat de zorgprestatie nog niet eerder door de NZa is vastgesteld als reguliere prestatie. Het experiment mag maximaal drie jaar duren (dit kan eventueel met 1 jaar worden verlengd). Indien er wordt gewerkt met subcontractanten is er sprake van onderlinge dienstverlening met vrije tarieven. Een schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar is verplicht voor declaratie en het tarief is vrij onderhandelbaar.

Module Modernisering & Innovatie (M&I)

De methode module M&I is vastgelegd in de beleidsregel 'Huisartsenzorg-Verrichtingenlijst Modernisering & Innovatie' (NZa, 2014d). De module, kort gezegd M&I module, kan gebruikt worden voor het stimuleren van samenwerkingsverbanden, de verdere ontwikkeling van een programmatische aanpak van chronische aandoeningen, substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg en kwaliteitsbevordering. Deze module kan dus ook worden gebruikt voor ketenzorg DM II, COPD en CVM. Wel is de module alleen van toepassing voor de huisartsenpraktijk. Een schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar is verplicht voor declaratie en het tarief is vrij onderhandelbaar.

Losse bekostiging

In het geval van 'losse' bekostiging heeft de zorgverzekeraar met alle zorgaanbieders afzonderlijk afspraken gemaakt over prijs (en waar mogelijk / nodig) en prestatie. Eventuele coördinatie wordt misschien wel uitgevoerd maar niet bekostigd (zie afbeelding 4.2.).

Bijlage 4.3. Uitspraak CBb - Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

De uitspraak van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBb, 2015) op basis van het door de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH) ingestelde beroep tegen de Tariefbeschikking 2015 van de NZa voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (NZa, 2015c) staat in afbeelding 4.7. beschreven.

Uitspraak CBb tariefbeschikking NZa voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

De Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH) heeft bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) beroep ingesteld tegen de Tariefbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg voor het jaar 2015. De VPH is het onder andere niet eens met de bepaling dat de huisarts een aantal prestaties alleen in rekening mag brengen als hij eerst met de verzekeraar daarover een overeenkomst gesloten heeft (het contractvereiste). De NZa stelde dat huisartsen die voor een bepaalde prestatie geen contract met een verzekeraar hebben, in elk geval het algemene bedrag voor een consult of een visite in rekening zouden kunnen brengen. Maar het CBb merkt op dat een huisarts volgens de Wet marktordening gezondheidszorg niet mag declareren voor een andere prestatie dan hij verricht heeft. Daarom vindt het CBb dat de NZa in strijd met artikel 13 van de Zorgverzekeringswet handelt als zij een contractvereiste in de Tariefbeschikking opneemt. Op dit punt heeft het CBb het beroep daarom gegrond verklaard. Deze uitspraak is definitief, het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) is de eindrechter in deze zaak. (CBb 1 december 2015). De uitspraak van het CBb richt zich op zorg die een patiënt/burger van zijn huisarts mag verwachten. Het valt te verdedigen dat de landelijk breed geïmplementeerde vormen van multidisciplinaire zorg zoals de ketens voor chronische aandoeningen hier inmiddels ook onder valt. Het bestaan van een contractvereiste is echter een essentieel uitgangspunt geweest bij de inrichting van segment 2. Dit specifieke segment voor programmatische multidisciplinaire zorg gaat uit van samenwerking tussen partijen om deze multidisciplinaire zorg te bieden. Binnen de prestatiebeschrijving bestaat veel ruimte om afspraken over de precieze inhoud van de zorgprestatie te maken (welke zorgaanbieders doen mee en welke zorg valt er onder). Afhankelijk van die afspraken kunnen prijsafspraken voor de betreffende prestatie worden gemaakt. Het is niet uitvoerbaar dat patiënten/burgers zelf die afspraken zouden maken met zorgaanbieders. Wel kunnen verzekeraars die rol oppakken. Zonder contractvereiste ontstaat volledig vrije marktwerking binnen segment 2 en deze dynamiek is naar inschatting van de NZa niet wat de convenantpartijen voor ogen hadden bij de totstandkoming van het driesegmentenmodel. Om tegemoet te komen aan de uitspraak van het CBb zal een alternatieve declaratietitel voor de organisatie van multidisciplinaire zorg vormgegeven moeten worden. De bekostigingstitel voor het patiëntcontact door de huisarts bestaat naar mening van de NZa al in de vorm van het reguliere consult. Andere aanbieders binnen de keten kunnen ook terugvallen op hun eigen bekostigingsstructuur bij het ontbreken van een ketenzorgcontract. Wat nu nog ontbreekt is een bekostigingstitel voor de organisatie van multidisciplinaire zorg zonder contract. Deze moet ontwikkeld worden en voorzien worden van een maximumtarief. (Memo beleidsaanpassing na uitspraak CBb huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg februari 2016).

Afbeelding 4.7. Uitspraak CBb, bewerkt naar Memo beleidsaanpassing na uitspraak CBb huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg februari 2016 (Nza, 2016a)

Bijlage 4.4. Zorggroepen

Door de interventies van zorggroepen zijn kleinere, maar waarneembare positieve effecten op de kwaliteit van de zorg, geleverd door de zorggroepen, gevonden (Van Dijk, 2011; EIB, 2012; NZa, 2014a). Er heeft bovendien een zichtbare verschuiving van zorg plaatsgevonden in de zin dat een kleiner deel van de DM II patiënten in de tweede lijn wordt behandeld. Overigens lijken de effecten te variëren tussen en binnen zorggroepen en zijn de totale zorgkosten van DM II uiteindelijk hoger dan voor de invoering van de integrale bekostiging. Oorzaken hiervan zijn de extra investeringen die in de eerste lijn nodig waren en die vaak slechts over één aandoening (voornamelijk DM II) konden worden omgeslagen. Daarnaast zijn zorgverzekeraars pas vanaf 2011 actief dubbele betalingen gaan opsporen en voorkomen. Vanaf 2012 zijn er voorts aanwijzingen dat zorgverzekeraars strakker inkopen in de tweede lijn, waardoor mogelijk in de toekomst verschuivingen van de tweede naar de eerste lijn kunnen resulteren in lagere zorgkosten.

Een eerste structureel probleem bij integrale bekostiging, zoals die tot dusver is gerealiseerd, is dat deze in feite nog verre van integraal is. Daarnaast wordt slechts 8% van de totale zorgkosten van DM II gedekt door integrale bekostiging (EIB, 2012). Bovendien zijn de kosten van farmacie en de tweedelijnszorg (grotendeels) niet opgenomen in de Keten-DBC. Daarbij kunnen co- en multimorbiditeit veelal onvoldoende worden geadresseerd vanwege de primair ziektegerichte benadering. Deze integrale benadering past ook niet bij de eerste lijn die in wezen generalistisch van aard is. Bovendien begint de bekostiging pas als iemand patiënt is, daarbij voorbijgaand aan de mogelijkheid om de aandoening te voorkomen (preventie).

De Evaluatiecommissie van Integrale Bekostiging (EIB, 2012) ziet integrale bekostiging van afzonderlijke aandoeningen dan ook niet als een gewenste eindsituatie, maar veeleer als een tussenstap naar populatiebekostiging. Preventie maakt daar deel van uit evenals delen van de tweedelijnszorg. Dit proces zal niet binnen twee tot drie jaar tot stand komen, maar vergt een langere tijd waarin geleidelijk de contracten voor integrale bekostiging voor goed functionerende zorggroepen worden uitgebreid met meer vormen van zorg. Het uitbreiden van integrale bekostiging naar een groot aantal aandoeningen is vooralsnog ongewenst vanwege het risico op overlap en coördinatieproblemen bij multimorbiditeit. Het uitbreiden met enkele aandoeningen kan wel een goede tussenstap naar populatiebekostiging zijn waarbij de zorggroep laat zien over het organisatievermogen te beschikken om de zorg ziekte overstijgend te organiseren.

Om de winst van het verschuiven van zorg van tweede naar eerste lijn te verzilveren is aanvullend beleid nodig dat erop is gericht om de productieprikkels in de tweede lijn te verminderen (EIB, 2012). Een mogelijkheid daarbij is om een groter deel van de tweedelijnskosten onderdeel te maken van de integrale bekostiging. Hierbij komt een laatste structureel probleem bij integrale bekostiging naar boven. Ziekenhuizen registreren en declareren de zorg middels DBC-zorgproducten. Landelijke afspraken tussen eerste en tweede lijn zijn gewenst over de verrekening van de geleverde zorg. Voor zorggroepen die aan de randvoorwaarden voldoen, maar geen overeenkomst hebben met alle zorgverzekeraars dient de mogelijkheid te bestaan om een factuur te sturen naar patiënten, die verzekerd zijn bij verzekeraars die niet volgens integrale bekostiging contracteren. Dit kan de effectiviteit van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorggroepen ten goede komen. Het basispakket en de integrale bekostiging dienen op elkaar te zijn afgestemd, waarbij de zorgstandaard leidend zou moeten zijn voor wat in het basispakket valt en dus ook integraal wordt bekostigd. Uiteindelijk dient gewerkt te worden naar populatiegerichte bekostiging waarbij tweedelijnszorg is ingesloten.

De positieve en negatieve effecten van en verbeterpunten voor zorggroepen zijn in afbeelding 4.8. weergegeven.

Zorggroepen	
Positieve effecten	Negatieve effecten
Kleine waarneembare effecten op kwaliteit van zorg • Verbetering van procesindicatoren • Verbetering bepaalde uitkomstindicatoren DM II	Integrale bekostiging nog verre van integraal: • Slechts 8% van totale zorgkosten van DM II patiënt gedekt • Kosten geneesmiddelen en tweedelijszorg (grotendeels) niet opgenomen in Keten-DBC • Totale zorgkosten DM II hoger dan voor invoering integrale bekostiging
Zichtbare verschuiving DM II patiënten van tweede naar eerste lijn	Door primair ziektegerichte benadering van één aandoening wordt voorbijgegaan aan co- en multi-morbiditeit en daarnaast preventie
Integrale bekostiging tussenstap naar populatiegerichte bekostiging	Eerste lijn is generalistisch van aard is daardoor niet passend bij integrale benadering
Verbeterpunten • Verbreding integrale bekostiging met preventie en tweedelijszorg • Uitbreiding met enkele vormen van zorg, waarbij zorggroep kan laten zien over het organisatievermogen te beschikken om de zorg ziekte-overstijgend te organiseren • Vermindering productieprikkels in tweede lijn door een groot deel van de tweedelijskosten onderdeel te maken van integrale bekostiging • Landelijke afspraken tussen eerste en tweede lijn over de verrekening van de geleverde zorg • Mogelijkheden creëren voor zorggroepen om een factuur te sturen naar patiënten die verzekerd zijn bij verzekeraars welke niet volgens integrale bekostiging contracteren • Toewerken naar populatiebekostiging inclusief tweedelijszorg	

Afbeelding 4.8. Effecten van en verbeterpunten voor zorggroepen (EIB 2012; NZa 2010)

Bijlage 4.5. Proeftuinen van VWS

De populaties van de proeftuinen zijn op verschillende manieren afgebakend: geografisch (alle inwoners van één of meerdere gemeenten), op basis van het verzorgingsgebied van de betrokken huisarts en of zorggroepen, of de verzekerden van de betrokken zorgverzekeraar (Ruwaard, Spreuwenberg, Kroese & Steevens, 2014; Drewes et al., 2015).

Deze initiatieven zetten veelal in op integrale populatiebekostiging, waarbij het 'budget' zowel de bekostiging van zorg in de eerste- als de tweedelijszorg dekt. 'Budget' staat tussen aanhalingstekens, omdat in de praktijk niet gewerkt wordt met een echt budget maar met shared savings ten opzichte van een trendmatig groeipad van een virtueel budget.

In de eerste periode zijn enkele proeftuinen aangelopen tegen beperkingen door gefragmenteerde bekostiging als gevolg van een verscheidenheid aan bronnen (Wmo, Zvw en de 'oude' AWBZ, tegenwoordig Wlz genoemd) en de structuur van organisaties (gemeenten, zorgverzekeraars en landelijke overheid).

Tot op heden worden projecten voornamelijk gefinancierd vanuit één en dezelfde financieringsbron, met name de Zvw. Zich beperkend tot één zorglijn (veelal eerste lijn) en veelal zijn er nog geen definitieve afspraken gemaakt over de shared savings. Dit blijkt namelijk een zeer complex onderdeel. De resultaten zijn vaak nog slecht inzichtelijk te maken omdat adequate uitkomstindicatoren ontbreken, of nog niet worden gemeten. Daarbij is het lastig om vast te stellen of en hoe de resultaten te verbinden zijn met de activiteiten van de deelnemende partijen. De Nederlandse initiatieven bevatten nauwelijks (financiële) kwaliteitsprikkels en de tweede lijn deelt niet mee in de besparingen. Dit is een risico wanneer de medewerking van de tweede lijn noodzakelijk is voor het welslagen van populatiebekostiging. In veel gevallen is de tweede lijn dan ook nog niet of nauwelijks

aangehaakt. Bij enkele initiatieven is er sprake van meerjarige contracten (5 jaar). Dit komt (deels) tegemoet aan de vrees dat besparingen het volgende jaar volledig worden afgeroomd door de zorgverzekeraars.

In bepaalde proeftuinen is gestart met integrale populatiebekostiging. Veelal gaat het om 'partiele populatiebekostiging light' in de zin dat alle zorgaanbieders zelfstandig blijven: er zijn geen fusieplannen. Evenmin is sprake van exclusieve contracten tussen zorgaanbieders onderling of tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In elk van deze regio's wordt een poging gedaan om te werken met shared savings, waarbij de zorgaanbieders 1/3 deel van de besparingen ten opzichte van een virtueel budget mogen behouden. Daarnaast is het budget veelal gekoppeld aan één aandoening of patiënt en is er eerder sprake van integrale bekostiging dan integrale populatie bekostiging. Tevens is de integrale bekostiging ook nog niet geoptimaliseerd, omdat het budget veelal alleen de eerste lijn dekt. Het is van belang te constateren dat geen van de initiatieven de beloning van deelnemende zorgaanbieders expliciet koppelt aan (meten, handhaven en/of verbeteren van) kwaliteit en/of toegankelijkheid. Vooralsnog zijn de meeste proeftuinen vormgegeven als partnerships; netwerken van meerdere actoren zonder dat er sprake is van contractuele afspraken en/of juridische entiteiten. Drie proeftuinen hebben juridische entiteiten geïntroduceerd voor specifieke interventies. Deze entiteiten zijn van belang om de verdeling en vastlegging van de shared savings te kunnen vormgeven en daardoor de prikkels voor alle betrokken actoren te versterken. Zolang een eenduidige financiële prikkel ontbreekt blijft het de vraag in hoeverre de Triple Aim kan worden gerealiseerd. Naast de vorming van entiteiten werken zorgaanbieders in meerdere proeftuinen aan de oprichting van een stichting of coöperatie om de financiën en de governance goed te kunnen organiseren. Een toekomstig scenario is dat binnen de proeftuinen deze nieuwe juridische entiteiten echt verantwoordelijkheid gaan nemen voor de financiële risico's van de totale zorgkosten van haar populatie.

De positieve en negatieve effecten van en verbeterpunten voor de proeftuinen van VWS zijn in afbeelding 4.9. weergegeven.

Proeftuinen ministerie van VWS	
Positieve effecten	Negatieve effecten
Samenwerking eerstelijnszorgorganisaties met ziekenhuizen en zorgverzekeraars, soms met gemeentes	Beperking door gefragmenteerde bekostiging en structuur van organisaties Financiering veelal uit één bron (Zvw)
Verschillende afgebakende populaties	Beperking tot één zorglijn, veelal eerste lijn
Verschillende thema's bijvoorbeeld integratie van zorg en preventie of substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn	Budget veelal gekoppeld aan één aandoening of patiëntengroep
Intentie is integraal budget voor bekostiging zorg in eerste en tweede lijn	- Nederlandse initiatieven bevatten nauwelijks (financiële) kwaliteitsprikkel - Beloning zorgaanbieders vaak niet gekoppeld aan (meten, handhaven en/of verbeteren) van kwaliteit en/of toegankelijkheid - Resultaten slecht inzichtelijk door niet meten of ontbreken van goede uitkomstindicatoren
Bij enkele initiatieven meerjarige contracten	Geen definitieve afspraken over shared savings en tweede lijn deelt niet mee in besparingen
- Veelal samenwerkingsverbanden: netwerken van meerdere actoren zonder contractuele afspraken en/of juridisch entiteiten - Drie proeftuinen met juridische entiteit voor specifieke interventies zoals anderhalvelijnszorg en geïntegreerde GGZ-zorg	Veelal 'partiële populatiebekostiging light' of integrale bekostiging in plaats van integrale populatiebekostiging: - Zorgaanbieders blijven zelfstandig - Geen exclusieve contracten tussen zorgaanbieders onderling of tussen zorgaanbieders en verzekeraars
Shared savings waarbij zorgaanbieders 1/3 deel van besparingen ten opzichte van virtueel budget mogen houden in bepaalde proeftuinen	
Verbeterpunten	
- Eenduidige financiële prikkels om uiteindelijk Triple Aim doelen te realiseren - Vorming van entiteiten bij proeftuinen om de verdeling en vastlegging van de shared savings vorm te geven en daardoor prikkels voor alle betrokken actoren te versterken - Verantwoording nemen voor financiële risico's van totale zorgkosten van populatie door nieuwe juridische entiteiten	

Afbeelding 4.9. Effecten van en verbeterpunten voor proeftuinen van VWS (Ruwaard et al., 2014; Drewes et al., 2015).

Bijlagen Hoofdstuk 5

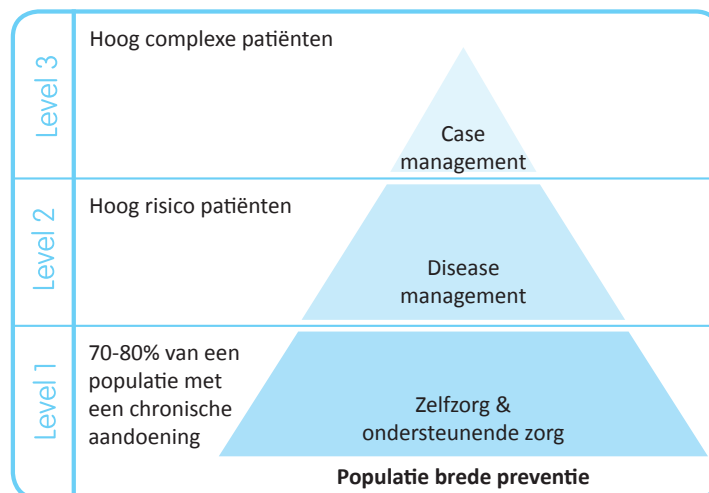
Bijlage 5.1. Managed Care; Kaiser Permanente

De drie belangrijkste kenmerken van managed care zijn:

1. Utilization management, dit gaat over het aan regels leggen van het zorgproces en de te nemen beslissingen (Schut & Rutten, 2012). Voorbeelden hiervan zijn: een verplichte second opinion, een machtiging voorafgaand aan de behandeling, controle van de doelmatigheid van een behandeling achteraf, verplichte verwijzing van een eerstelijns arts als toegangspoort naar specialistische zorg, ontslagplanning van patiënten en het protocolleren van de zorgprocessen;
2. Financiële risicodeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Afhankelijk van het bedrijfsresultaat worden zorgverleners beloond of leveren zij een deel van hun inkomsten in. Met als doel het genereren van een financiële prikkel om de zorgprofessional kostenbewust te laten werken;
3. Selectief contracteren van zorgaanbieders. Om het zorgproces te sturen sluiten zorgverzekeraars specifieke contracten af met bepaalde zorgaanbieders. Hierbij kunnen afspraken gemaakt worden over de prijs en kwaliteit van de te leveren zorg (de consequentie is een beperking van keuzevrijheid van patiënten).

Kaiser Permanente (KP) bestaat uit drie grote groepen van entiteiten (Eijkenaar & Schut, 2015). Allereerst is er de Kaiser Foundation Health Plan met haar regionale afdelingen. Daarnaast zijn er de Kaiser Foundation Hospitals en ten slotte zijn er autonome, regionale Permanente Medical Groups, die wel for profit zijn. KP is actief in negen staten en Washington D.C. De hoofdzetel bevindt zich in Oakland (Californië). Zo'n 8,9 miljoen Amerikanen zijn ingeschreven op een gezondheidsplan (ziekttekostenverzekering) van KP. Het consortium stelt 167.300 mensen te werk en beschikt over 37 ziekenhuizen en 611 medische praktijken.

De indeling van mensen met een chronische aandoening in relatie tot de zorgbehoefte is volgens KP in drie categorieën op te splitsen (zie afbeelding 5.9).



Afbeelding 5.9. Indeling van mensen met een chronische aandoening naar zorgbehoeften volgens Kaiser Permanente, bewerkt naar Spoorenberg et al., 2013

Bijlage 5.2. Health Maintenance Organisation - Geisinger Health System

Binnen Health Maintenance Organisations (HMOs) zijn een aantal basistypologieën te onderscheiden:

1. Prepaid group practices (PGP's) zijn organisaties die zorgprofessionals in dienst hebben. Bij een PGP is er sprake van een zogenaamd gesloten panel (Schut & Rutten, 2012). Dit houdt in dat zorgprofessionals alleen patiënten mogen behandelen die aangesloten zijn bij de HMO en dat patiënten alleen naar een bij de HMO aangesloten zorgprofessional mogen. PGP's kunnen weer onderverdeeld worden in staff en group models. In het eerste geval zijn de zorgprofessionals direct in dienst bij een HMO; in het tweede geval heeft de HMO een contract met een overkoepelende organisatie waar de zorgprofessionals onder vallen.

2. Een andere HMO type is de Individual Practice Association (IPA). Deze organisaties hebben een open panel karakter, wat wil zeggen dat zorgprofessionals zowel patiënten die bij een HMO aangesloten zijn, als patiënten die dat niet zijn mogen behandelen. Bij IPA's vormen artsen die individueel of in kleine groepen werken gezamenlijk een wettelijke organisatie, die met de HMO onderhandelingen aangaat. De HMO betaalt de IPA, welke vervolgens naar eigen invulling de individuele zorgprofessionals betaalt.

3. Naast IPA's zijn er ook Network Model HMO's. Deze zijn vergelijkbaar met IPA's maar in dit geval wordt het contract direct afgesloten met zorgprofessionals (eventueel in groepsverband) zonder tussenkomst van een tussenliggende organisatie. Naast deze basistypen zijn er ook allerlei tussenvormen, de zogenaamde mixed-models.

4. Preferred Provider Organisations (PPO), zijn organisaties die soms ook onder de noemer HMO geschaard worden. De zorgverzekeraars sturen hun verzekerden naar de gecontracteerde zorgprofessionals, die in ruil voor de groeiende toestroom een bepaalde korting op hun tarief geven. In dit geval is er dus geen sprake van financiële risicodeling en valt deze organisatie strikt genomen niet onder de definitie van een HMO. Opvallend hierbij is de dubbele rol van zowel zorgverzekeraar en zorgverlener (verticale integratie), wat vooralsnog in Nederland niet mogelijk is.

Het Geisinger Health System (GHS) bestaat onder andere uit een multidisciplinaire groep van 875 artsen die zorg leveren in 60 praktijken/klinieken (Eijkenaar & Schut, 2015). In dit model worden zorgprocessen voor acute zorgepisodes heringericht en samengevoegd in een bundel van evidence based zorgactiviteiten. De eerste behandeling waarop het model werd toegepast was een bypassoperatie in 2006. Stuurgroepen zijn in dit systeem verantwoordelijk voor het vaststellen van gewenste uitkomsten, monitoren van de voortgang, uitvoeren van financiële analyses, en onderhandelen over tarieven en tariefvoorwaarden. Verder wordt actieve participatie van patiënten in het eigen zorgproces gestimuleerd, onder meer via het laten ondertekenen van een document waarin staat dat ook de patiënt zich committeert aan het behandelplan en de nieuwe manier van werken. Medisch specialisten leveren zorg in drie grote ziekenhuizen. In één van deze ziekenhuizen werken alleen artsen die zijn aangesloten bij Geisinger, terwijl in de andere ziekenhuizen ook externe artsen werken. Verder omvat het systeem drie poliklinische operatiecentra, diverse specialistische ziekenhuizen en twee verslavingszorgklinieken. Strategische functies zoals overall kwaliteitsverbetering en innovatie zijn echter gecentraliseerd.

Bijlage 5.3. Accountable Care Organisation

In de Affordable Care Act (ACA) zijn de contouren geschetst van twee Accountable Care Organisation (ACO) modellen in het Medicare-programma: de Pioneer ACO's en het Medicare Shared Savings Program (MSSP) (Eijkenaar & Schut, 2015). In januari 2012 sloten 32 geïntegreerde zorgorganisaties verspreid over het land Pioneer ACO-contracten met Centers for Medicare en Medicaid Services (CMS).

De verzekerdenpopulaties waar de Pioneer ACO's verantwoordelijkheid voor hebben, zijn gedefinieerd door personen voorafgaand aan het driejarig contract aan de ACO's toe te wijzen aan de hand van inschrijving bij een bij de ACO aangesloten huisarts en/of het zorggebruik in het verleden. De Pioneer ACO's hebben elk in overleg met CMS een

kostendoelstelling ontvangen, berekend als een gewogen gemiddelde van de totale Medicare kosten van de afgebakende populatie in de drie voorafgaande jaren waarbij kosten van het meest recente jaar (2011) het zwaarst meetelden. De doelstelling wordt jaarlijks geïndexeerd en gecorrigeerd voor (veranderingen in) het risicoprofiel van de populatie, en kan worden gezien als een global payment dat de verwachte zorgkosten van de populatie weerspiegelt voor het hele continuüm van zorg (historische kosten en risicokenmerken). Verrekening vindt echter jaarlijks achteraf plaats: tijdens het jaar worden betrokken aanbieders ‘gewoon’ per verrichting betaald. Pioneers dragen zowel risico over besparingen (upside risk) als over overschrijdingen (downside risk), beide gemaximeerd als percentage van de totale Medicare uitgaven voor de betreffende populatie. De indicatoren worden per ACO gemeten voor toegewezen verzekerden en hebben betrekking op patiëntervaring, coördinatie en continuïteit van zorg, patiëntveiligheid, (primaire) preventie, en het managen van patiënten(groepen) met een hoog risico op een (chronische) aandoening en/of complicaties (zoals kwetsbare ouderen met multimorbiditeit). Wederom betreft het voornamelijk procesindicatoren, hoewel een aantal indicatoren gericht is op (intermediaire) uitkomsten.

Sinds de start van het Pioneer ACO-programma in januari 2012 heeft CMS vier ‘ACO-golven’ uitgerold in het kader van het Medicare Shared Savings Program (MSSP). De vormgeving van het MSSP is gebaseerd op de ervaringen van een demonstratieproject. Overeenkomstig het Pioneer-model komen zorgorganisaties in aanmerking voor participatie in het MSSP als zij akkoord gaan met een driejarig contract, genoeg huisartsen hebben om minimaal 5.000 Medicare verzekerden te bedienen, in staat zijn data aan te leveren over prestaties, en targets halen voor kwaliteit en service. Ook blijft de bestaande bekostiging voor betrokken aanbieders bestaan. In tegenstelling tot bij de Pioneer-ACO's worden populaties echter achteraf gedefinieerd door mensen na afloop van het contract toe te wijzen aan de ACO op basis van werkelijk zorggebruik. Dit zou ACO's moeten aanzetten tot het doorvoeren van verbeteringen waar alle patiënten (dus niet alleen toegewezen patiënten) van profiteren. Verzekerden die zijn toegewezen aan een ACO zijn vrij om zorg te ontvangen van zorgaanbieders die niet zijn aangesloten bij de ACO. Dit geeft ACO's een prikkel om ervoor te zorgen dat patiënten binnen het eigen netwerk blijven, bijvoorbeeld door een goede service, klantvriendelijke bejegening en goede toegankelijkheid.

Bijlage 5.4. Alternative Quality Contract

In de Verenigde Staten is het de verzekeraar Blue Cross Blue Shield die de Alternative Quality Contracts (AQC's) aanbiedt. Het marktaandeel van Blue Cross Blue Shield is 80% en er zijn 3,5 miljoen verzekerden ingeschreven. De basisbekostiging dekt voor Blue Cross-verzekerden met een HMO-polis, alle zorg inclusief de ziekenhuiszorg, poliklinische zorg, geneesmiddelen, GGZ, revalidatie en langdurige zorg. Blue Cross onderhandelt met iedere deelnemende organisatie over een basisbedrag, waarbij de kosten van ingeschreven Blue Cross-verzekerden uit het jaar ervoor als uitgangspunt gelden (om deelname te stimuleren kreeg in 2009 geen enkele zorgorganisatie een basisbedrag dat lager was dan de kosten in 2008). De focus ligt op beheersing van kostengroei. Er wordt onderhandeld over jaarlijkse groeimarges, gebaseerd op de gemiddelde voorspelde kostenstijging en zodanig vastgesteld dat na vijf jaar de groei die normaal gesproken zou hebben plaatsgevonden met 50% is gedaald. Organisaties met hoge basisbedragen krijgen lagere groeimarges dan organisaties met lagere basisbedragen. Hoewel organisaties met veel marktmacht in theorie hogere marges kunnen afdwingen, is Blue Cross succesvol geweest in het verkleinen van dergelijke verschillen.

De drie hoofdkenmerken van het AQC:

1. Een *integrale basisbekostiging* per verzekerde met jaarlijkse groeimarges

De integrale basisbekostiging dekt voor verzekerden met een HMO-polis het gehele continuüm van zorg. De zorgorganisatie draagt hierbij het volledige risico voor de kosten van alle zorg, ongeacht door wie wordt geleverd.

Zorgorganisaties worden op verschillende manieren beschermd tegen teveel financieel risico. Allereerst wordt de basisbetaling geïndexeerd en gecorrigeerd voor (veranderingen in) de gezondheidstoestand van ingeschreven patiënten met behulp van een statistisch model dat voor iedere verzekerde een risicoscore genereert op basis van demografische informatie en diagnosecodes uit declaratiedata. Dit reduceert de prikkel tot risicoselectie.

Ten tweede kunnen organisaties kiezen voor risicodeling of volledige risico overdracht. Het risico voor organisaties varieerde in 2012 tussen de 50% en 100%, zowel voor besparingen als voor overschrijdingen.

Ten derde zijn alle organisaties verplicht een herverzekering te hebben die een deel (meestal 70-90%) van de kosten dekt boven een bepaald bedrag (zoals \$100.000 per persoon). Tenslotte bevat het contract een unit cost corridor, die de basisbekostiging laat toenemen (afnemen) indien de zorgverzekeraar hogere (lagere) tarieven afsprekt met zorgaanbieders dan vooraf verwacht. Gedurende het jaar worden de meeste zorgorganisaties betaald per zorgactiviteit of -product. Alle betalingen voor zorg, ongeacht door wie geleverd, worden ten laste gelegd van het basisbedrag. De prijzen variëren tussen ziekenhuizen en tussen artsen (groepen), wat een sterke prikkel geeft voor deelnemende aanbieders om te verwijzen naar aanbieders met lage prijzen. Aan het einde van het jaar wordt bij de reconciliation de balans opgemaakt waarbij de verzekeraar overschrijdingen terugvordert en besparingen uitkeert.

2. *Prestatiebeloningen* voor goede kwaliteit

Het AQC kent een prestatiebeloning, waarbij opslagen van maximaal 10% van de basisbekostiging kunnen worden verdiend (zie paragraaf 5.4.1). Naast expliciete beloningen voor kwaliteit op de basisbekostiging neemt het percentage van een besparing of tekort op de basisbekostiging, dat voor rekening komt van de zorgorganisatie, toe (bij besparingen) of af (bij tekorten) naarmate kwaliteitsscores hoger zijn.

3. *Technische ondersteuning* voor deelnemende zorgorganisaties

Een informatie-/rapportagesysteem ondersteunt organisaties bij het managen van hun basisbudget, implementatie van kwaliteitsverbeteringen en het borgen van successen. De ondersteuning omvat periodieke spiegelinformatie over financiële (bijvoorbeeld declaraties versus bekostiging) en zorginhoudelijke prestaties (bijvoorbeeld scores op indicatoren), alsmede werkconferenties waar zorgorganisaties elkaar ontmoeten en best practices kunnen uitwisselen.

Bijlage 5.5. Gesundes Kinzigtal

Gesundes Kinzigtal (GK) is een bekend initiatief uit Duitsland (Eijkenaar & Schut, 2015). In de Kinzigtal-regio in Duitsland wonen 69.000 mensen, van wie bijna de helft (31.000) is verzekerd bij de verzekeraars AOK (29.300) of LKK (1.700). Tot nu toe hebben zich 23 huisartsen, 6 ziekenhuizen, 24 medisch specialisten, 16 apotheken, 7 fysiotherapeuten, 11 verpleeghuizen en diverse sportclubs en lokale overheden op vrijwillige basis verbonden met Gesundes Kinzigtal.

Bijlage Hoofdstuk 6

Bijlage 6.1. Nederlandse initiatieven zorgnetwerken

De Nederlandse initiatieven van zorgnetwerken, aangedragen door experts, staan in afbeelding 6.6. nader toegelicht. Onder de afbeelding, die uit twee delen bestaat, zijn de referenties van de diverse initiatieven weergegeven.

Nederlandse initiatieven zorgnetwerken

Blauwe Zorg

Beschrijving

- Blauwe Zorg werkt aan een gezondheidszorgsysteem dat verantwoorde, kwalitatief hoge zorg levert en duurzaam en betaalbaar is
- De juiste zorg aan de juiste patiënt op de juiste plaats tegen de juiste kosten in een duurzame setting

Doelstelling

Er wordt gestreefd naar een ombuiging van minimaal 50% van de nominaal landelijke groei, waarbij 1. de medisch inhoudelijke kwaliteit van de zorg en 2. de klanttevredenheid minimaal gelijk blijven, maar zo mogelijk beiden worden verhoogd

Resultaten

- Betere samenwerking tussen zorgprofessionals voor mensen met chronische aandoeningen
- Medisch specialist behandelt samen met de huisarts de patiënt eerste- en anderhalvelijnszorg
- Gerichte interventies in eerstelijnsdiagnostiek waardoor minder onderzoeken en/of onderzoeken onnodig dubbel worden gedaan

COPD-net

Beschrijving

- In het Radboud UMC is een zorgpad voor nieuwe COPD patiënten met matige en ernstige ziektelast ontwikkeld, waarin de patiënt integraal wordt benaderd
- Het ontwikkelde zorgpad van COPD-net gaat uit van sneldiagnostiek

Doelstelling

Het perspectief van de chronische patiënt is het uitgangspunt, waarbij drie elementen centraal staan: 1. het optimaliseren van de lichamelijke conditie; 2. het optimaliseren van de aanpassing aan de aandoening en 3. een transmurale en interdisciplinaire perspectief in de behandeling

Resultaten

Het zorgpad dat in het Radboud UMC is ontworpen, draait nog niet zo lang. Er zijn nog geen cijfers. Wel is het de verwachting dat 80% van alle patiënten binnen acht weken een terugverwijzing krijgt naar de eerste lijn

Nijkerk

Beschrijving

- Een contract voor chronische longzorg waarin resultaatbekostiging en integrale populatiezorg centraal staan
- Alle partijen worden beloofd voor verbetering van de zorguitkomsten:
 - o Relatief betere zorg
 - o Relatief betere gezondheid
 - o Relatief lagere kosten

Doelstelling

- Ombuiging van de totale kostengroei van de chronische longzorg over drie jaren
 - Substitutie door voorkomen en verplaatsen van ziekenhuiszorg
- Werkelijke kostenombuiging wordt achteraf verdeeld tussen de zorgprofessionals en zorgverzekeraar
- Hiermee worden extra preventie, innovatie en organisatie van Triple Aim programma's structureel uit besparingen bekostigd.

Resultaat

- Sinds zomer 2015 worden alle nieuwe verdenkingen en eerdere patiënten volgens de gezamenlijke aanpak gediagnosticeerd en behandeld
- De preciezere diagnostiek in de anderhalve lijn leidt tot een grote diversiteit in de uitslagen, van ernstiger COPD tot geen COPD, naar andere oorzaken
- De verdere behandeling wordt beter afgestemd op de behoefte en doelmatigheid

Nederlandse initiatieven zorgnetwerken (vervolg)

ParkinsonNet

Beschrijving

- ParkinsonNet is een landelijk netwerk van zorgprofessionals die gespecialiseerd zijn in het behandelen en begeleiden van parkinsonpatiënten
- Bijna 3.000 zorgprofessionals, verdeeld over 70 regio's zijn aangesloten bij dit netwerk

Doelstelling

Doel van ParkinsonNet is het vergroten van de kwaliteit van leven van mensen met Parkinson 1. door het verhogen van de kwaliteit van zorg en 2. door het bevorderen van het zelfmanagement door de patiënt

Resultaten

- Werken in een georganiseerd netwerk reduceert de zorgkosten met tenminste vijf procent
- Door eerstelijnsinzet (gespecialiseerde fysiotherapeuten) worden ziekenhuisopnames voorkomen (aantoonbaar minder heupfracturen)
- Een landelijk dekking systeem met een effectief netwerk, zowel in kosten als in kwaliteit van zorg en leven

Verloskundig Samenwerkingverband (VSV); integrale geboortezorg

Beschrijving

Een VSV bestaat uit alle zorgprofessionals zoals verloskundigen, gynaecologen, verloskundig actieve huisartsen en kraamzorg, die samen lokaal de zorg rondom zwangerschap en geboorte coördineren

Doelstelling

Afstemming en vertrouwen opbouwen; Implementeren multidisciplinaire protocollen en kaders

Resultaten: nog niet bekend

Vicino

Beschrijving

In samenwerking met en onder regie van de huisarts verzorgt Vicino de inzet van een POH-GGZ binnen de huisartsenpraktijk in de regio Noord Holland Noord

Doelstelling

Het verbeteren van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor en ondersteuning van mensen met psychische en/of sociale problematiek in de regio Noord-Holland Noord

Resultaat

- De verschuiving van specialistische zorg naar GB-GGZ en de samenwerking POH-GGZ en huisarts heeft positieve financiële consequenties
- De kosten voor een stabiele chronische GGZ patiënt zijn op jaarbasis met gemiddeld €3.000 gedaald
- Clienttevredenheid: acht of hoger

Westland

Beschrijving

- In een deel van Zuid-Holland worden de huisartsen sinds dit jaar grotendeels via een inschrijftarief betaald in plaats van een combinatie van inschrijf- en consulttarieven
- Met een gedifferentieerde opslag per patiënt zijn de consulttarieven verrekend in het abonnementstarief

Doelstelling

Integrale zorg op basis van de zorgwaarde van de patiënt

Resultaten

Evaluatie van het huidige model met de 28 chronische aandoeningen van het RIVM en doorontwikkeling naar een model dat nog meer recht doet aan de zorgwaarde

Afbeelding 6.6. Bekende Nederlandse initiatieven van zorgnetwerken

Bronnen Nederlandse initiatieven zorgnetwerken, geraadpleegd op 22 april 2016, 22 april

- Blauwe zorg : <http://www.zio.nl/home/blauwe-zorg/>
- COPD-net: <http://www.picassozorgoptimalisatie.nl/kennis-delen/nieuws/2014/12/09/copd-net-echte-integrale-benadering-van-de-patiënt/>.
- Longzorg Nijkerk: <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelijns/ populatiemanagement-praktijkvoorbeeld-contractinnovatie-longzorg-nijkerk.html>. & <http://www.gc-corlaer.nl>.
- ParkinsonNet : <http://www.parkinsonnet.nl>.
- Vicino: <http://www.vicinonhn.nl>.
- VSV's Integrale geboortezorg: NZa 2015. Quickscan en beleidsbrief Integrale geboortezorg Samenwerking tussen de eerstelijns en tweedelijns zorgaanbieders.
- Westland: <http://www.medischcontact.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/150872/ZuidHollandse-huisartsen-werken-zonder-consulttarief.htm>.

Wereldwijd is de organisatie, en met name de bekostiging van de zorg, voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen een probleem. Veel actoren, ook binnen de Nederlandse gezondheidszorg, buigen zich hierover in deze tijd van schaarste en een verwachte toename van het aantal mensen met een chronische aandoening. Vragen als welke organisatietypen zijn er bekend voor de chronische zorg, welke historische en huidige bekostiging zien wij in de Nederlandse praktijk en wat leren buitenlandse initiatieven ons op dit vlak, worden beantwoord in deze masterthesis.

‘Bekostiging van zorgnetwerken voor mensen met veelvoorkomende chronische aandoeningen’ is bedoeld om kennis en inzicht te vergroten in organisatievoorwaarden en –kenmerken, met focus op financiële prikkels, voor de realisatie van de Triple Aim. Gaan de aanbevelingen helpen om deze stip op de horizon te bereiken?



Karlie van Kuijk
Adviserend Geneeskundige
Integrale Zorg
Coöperatie VGZ



Ineke Boxem-van der Stoep
Accountmanager
Medisch Specialistische Zorg
De Friesland Zorgverzekeraar

Begeleiding inhoud van onderzoek:

Begeleiding opzet van onderzoek:

Grafische vormgeving thesis:

Guus Schrijvers, Gezondheidseconoom en
oud-hoogleraar Public Health

Opleiders van Master in Health Business Administration
en van Netherlands School of Public & Occupational Health

Laura Zwiers