



rivm

Rapport 260332001/2010

J.T. van Til | J.E. de Wildt | J.N. Struijs

De organisatie van zorggroepen anno 2010

Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de
afgelopen jaren



Landelijke Vereniging
Georganiseerde eerste lijn

RIVM Rapport 260332001/2010

De organisatie van zorggroepen anno 2010

Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren

J.T. van Til (onderzoeker), RIVM
J.E. de Wildt, namens de LVG
J.N. Struijs (senior onderzoeker), RIVM

Contact:
J.N. Struijs
Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek (PZO)
jeroen.struijs@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), in het kader van de onderzoeksopdracht '1-meting zoggroepen', project V/260332

© RIVM 2010

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Rapport in het kort

Als gevolg van de experimentele invoering van integrale bekostiging gedurende de jaren 2007 tot en met 2009 zijn er in Nederland diverse zorggroepen opgericht. Dit rapport geeft inzicht in de huidige stand van zaken van de organisatie van zorggroepen en in de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Daarnaast geeft het rapport inzicht in de uitrol van de zorgprogramma's voor diabetes, vasculair risicomanagement (VRM) en chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Dit onderzoek is een vervolg op de 0-meting zorggroepen die in 2008 is uitgevoerd.

Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd. De zorggroep is verantwoordelijk voor de coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg in een bepaalde regio. Met de term 'zorggroep' wordt de hoofdcontractant van het keten-diagnosebehandelcombinatie (keten-dbc) contract bedoeld; niet het team van zorgverleners dat de feitelijke zorg verleent.

In Nederland zijn tot maart 2010 in totaal 97 zorggroepen opgericht met minimaal één operationeel zorgprogramma. Momenteel participeert ruim driekwart van alle huisartsen in een zorggroep. Binnen een zorggroep nemen gemiddeld 76 huisartsen deel. In vergelijking met 2008 zijn er vrijwel geen veranderingen in het aantal deelnemende huisartsen en aantal patiënten per zorggroep. Ook zijn de huisartsen nog steeds de belangrijk(st)e spelers in zorggroepen.

De zorggroepen ervaren knelpunten op het terrein van de ICT wat het geïntegreerd leveren van zorg belemmert. Dit is niet veranderd sinds de 0-meting in 2008. Een derde van de zorggroepen heeft een keteninformatiesysteem (KIS) geïmplementeerd. Vooral nog lijkt het er op dat ook een KIS nog niet voldoet aan de informatiebehoefte van zorggroepen.

De rol van de patiënt in de zorggroep is nog onderontwikkeld. Veel zorggroepen hebben nog geen of onvoldoende aandacht voor zelfmanagement. Bij acht van de deelnemende zorggroepen heeft de patiënt zonder tussenkomst van zorgverleners via internet toegang tot zijn eigen zorgdossier, waardoor de patiënt beter bij het zorgproces betrokken wordt.

Alle zorggroepen hebben een keten-dbc contract voor het diabetes zorgprogramma en daarmee is een landelijke uitrol nagenoeg gerealiseerd. Slechts een aantal zorggroepen hebben een keten-dbc contract voor de VRM en COPD zorgprogramma's. Oorzaak hiervan is ondermeer een moeizame onderhandeling met de zorgverzekeraars. De zorggroepen met meerdere zorgprogramma's hebben vaak een complexere juridische structuur en kunnen meerdere rechtsvormen hebben. Daardoor zijn multimorbide patiënten voor hun chronische zorg bij meerdere zorggroepen 'in zorg'. Wat dit betekent voor de (kwaliteit van de) feitelijke zorgverlening van mensen met multimorbiditeit is vooral nog onduidelijk.

Trefwoorden: integrale bekostiging, zorggroepen, diabetes, vasculair risicomanagement, COPD

Abstract

Consequent to the introduction of an experimental bundled payment scheme in the period 2007 to 2009, various care groups have been set up in the Netherlands. This report focuses on how care groups are organised and how this organisation has developed in recent years. The report also addresses the deployment of care programmes for diabetes, vascular risk management (VRM) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). This study is a follow-up of a baseline study that was conducted in 2008.

A care group is an organisation with legal personality in which health care providers work together. The care group is responsible for the co-ordination and provision of contracted care in a particular region. The term 'care group' refers to the principal contractor of the bundled payment contract, not to the team of health care professionals that provides the actual health care.

March 2010 there were 97 care groups with at least one operational care programme. At present over three quarters of all GPs participate in a care group and an average of 76 GPs takes part in each care group. Compared with 2008, the number of participating GPs and the number of patients per care group have hardly changed. As in 2008, GPs are still the major players in the care groups.

The care groups experienced problems in the field of ICT which hinders the integrated delivery of care. This has not changed since the baseline study in 2008. One third of the care groups has implemented an integrated information system. It seems, however, that this system does not yet meet the information needs of care groups.

The role of the patient in the care group is still underdeveloped. Many care groups pay no or insufficient attention to self-management. In eight care groups, the patients have direct access to their own health records through the Internet without the intervention of health care providers, thereby enhancing patients' involvement in the care process.

All care groups have a bundled payment contract for the diabetes care programme; so national coverage has been achieved. Only a few care groups have a bundled payment contract for the VRM and COPD care programmes. A reason for this is that the negotiations with health insurers proceed with difficulty. The care groups with more care programmes often have a more complex legal structure, with each care programme having its own legal entity. As a consequence, patients with multimorbidity are 'in care' with multiple 'care groups'. What this means for the (quality of) the actual care for people with multimorbidity is unclear.

Key words: bundled payment, care groups, diabetes, vascular risk management, COPD

Voorwoord

Om meer inzicht te krijgen in de organisatorische ontwikkelingen van zorggroepen is een onderzoek uitgevoerd. De resultaten hiervan zijn beschreven in dit rapport. Dit rapport is bedoeld voor beleidsmakers, professionals in de gezondheidszorg en onderzoekers met interesse op het gebied van integrale bekostiging en zorggroepen. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS (projectnummer V/260332/01/MZ).

Dit rapport biedt belangrijke aanknopingspunten en aanbevelingen om het beleid rondom integrale bekostiging en de hieraan gerelateerde oprichting van zorggroepen verder vorm te geven.

In dit onderzoek is samengewerkt met de Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn (LVG). Bij dezen willen wij van de gelegenheid gebruiken om mevrouw dr. G.L. Leusink te bedanken voor haar constructieve bijdrage aan dit rapport.

Inhoud

Kernboodschappen	11
1 Inleiding	13
1.1 Achtergrond	13
1.2 Doel van het onderzoek	14
1.3 Leeswijzer rapport	15
2 Methode	17
2.1 Onderzoekspopulatie	17
2.2 Gegevensverzameling	18
2.3 Respons	19
2.4 Analyses	20
3 Hoe zijn de zorggroepen anno 2010 georganiseerd?	21
3.1 Wat zijn de algemene kenmerken van zorggroepen?	21
3.2 Hoe zien de organisatiestructuren van zorggroepen eruit?	24
3.3 Hoe zijn zorggroepen verspreid over Nederland?	27
3.4 Hoe is de ICT geregeld binnen zorggroepen?	28
3.5 Hoe zijn patiënten betrokken bij de organisaties van zorggroepen?	30
4 Hoe verloopt de uitrol van zorgprogramma's?	33
4.1 Welke zorgprogramma's zijn door zorggroepen gecontracteerd?	33
4.2 Zorgprogramma voor diabetes	35
4.2.1 Wat zijn de algemene kenmerken?	35
4.2.2 Welke activiteiten worden georganiseerd?	37
4.2.3 Hoe gaan de onderhandelingen met de zorgverzekeraars en zorgaanbieders?	41
4.3 Zorgprogramma's voor COPD en vasculair risicomangement	45
4.3.1 Wat zijn de algemene kenmerken?	45
4.3.2 Welke activiteiten worden georganiseerd?	46
4.3.3 Leidt het contracteren van meerdere zorgprogramma's tot aanpassingen in rechtsvorm en contracten?	47
5 Beschouwing	49
5.1 Belangrijkste resultaten	49
5.2 Resultaten in perspectief	51
5.3 Reflectie op onderzoeksmethoden	53
5.4 Aanbevelingen	54
Literatuur	57
Bijlage 1 Auteurs en interne referenten	59

Kernboodschappen

Door structurele invoering van integrale bekostiging is inzicht in organisatie van zorggroepen gewenst

De zorggroep is een relatief nieuwe speler in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd. De zorggroep is verantwoordelijk voor de coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg in een bepaalde regio. Met de term ‘zorggroep’ wordt de hoofdcontractant van het keten-dbc contract bedoeld en niet het team van zorgverleners dat de feitelijke zorg verleent. De zorggroep fungeert als ‘hoofdaannemer’ en contracteert de meeste onderdelen van dit zorgprogramma bij individuele zorgaanbieders of -instellingen (‘onderaannemers’) en/of levert (een gedeelte van) de zorg zelf. Als gevolg van de experimentele invoering van integrale bekostiging in de jaren 2007-2009 zijn er veel zorggroepen opgericht. Nu de structurele invoering van integrale bekostiging sinds 1 januari 2010 een feit is, is het wenselijk om meer inzicht te krijgen in de organisatorische ontwikkelingen van zorggroepen. Het ministerie van VWS heeft het RIVM daarom verzocht om, in samenwerking met de Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn (LVG), een onderzoek uit te voeren naar de organisatorische ontwikkelingen van zorggroepen en de invoering van integrale bekostiging. Deze 1-meting zorggroepen is een vervolg op de 0-meting zorggroepen die in 2008 is uitgevoerd. Waar mogelijk worden de resultaten van beide onderzoeken met elkaar vergeleken.

Ruim driekwart van huisartsen participeert in één van de 97 zorggroepen

In Nederland zijn tot maart 2010 in totaal 97 zorggroepen opgericht met minimaal één operationeel zorgprogramma. Naar schatting participeert momenteel ruim driekwart van alle huisartsen in een zorggroep. Binnen een zorggroepen participeren gemiddeld 76 huisartsen. Aan dit onderzoek hebben 55 zorggroepen deelgenomen, wat neerkomt op een responspercentage van 57%.

Huisartsen zijn belangrijk(st)e spelers in zorggroep

Het merendeel van de zorggroepen is monodisciplinair, wat inhoudt dat de zorggroepen uitsluitend uit huisartsen bestaan. Dit is niet veranderd sinds de 0-meting. Ook zijn er weinig veranderingen gevonden in (de omvang van) het ondersteunende personeel, de gehanteerde toetredingseisen, het aantal participerende huisartsen en het aantal patiënten per zorggroep. Wel lijkt het erop dat zorggroepen vaker kiezen voor een besloten vennootschap als rechtsvorm in vergelijking met de 0-meting. De mate waarin patiënten bij de organisatie van zorggroepen worden betrokken, lijkt te zijn vergroot ten opzichte van de 0-meting.

Nog geen landelijke uitrol integrale bekostiging van zorgprogramma's voor COPD en VRM

Alle 55 deelnemende zorggroepen hebben een zorgprogramma voor diabetes ingevoerd en bekostigd via een keten-dbc contract. De landelijke uitrol van de keten-dbc's voor de zorgprogramma's voor chronisch obstructieve pulmonaire ziekte (COPD) en vasculair risicomanagement (VRM) lijkt echter moeizaam op gang te komen. Hoewel er in 2008 23 zorggroepen een zorgprogramma voor COPD in voorbereiding hadden, hebben in 2010 zes deelnemende zorggroepen daadwerkelijk een keten-dbc contract voor COPD gesloten. Hetzelfde geldt voor het zorgprogramma voor VRM; hiervoor hadden er 11 zorggroepen in 2008 een zorgprogramma in voorbereiding maar rapporteren er nu twee zorggroepen hiervoor een keten-dbc contract te hebben afgesloten. Geconcludeerd kan worden dat veel zorggroepen

er in de afgelopen twee jaar niet in zijn geslaagd om deze zorgprogramma's middels een keten-dbc gecontracteerd te krijgen.

Onderhandelingen met zorgverzekeraars verlopen moeizaam

Het merendeel van de zorggroepen is tevreden over het *resultaat* van de onderhandelingen met de preferente zorgverzekeraar, maar bijna de helft van de zorggroepen is (zeer) ontevreden over het *onderhandelingsproces*. Negen op de tien zorggroepen ervaart knelpunten in het contracteren met zorgverzekeraars. Die knelpunten betreffen niet alleen nieuw te contracteren zorgprogramma's, maar ook het zorgprogramma diabetes. De meest genoemde knelpunten zijn het niet reageren van zorgverzekeraars en het niet willen volgen van het contract met de preferente zorgverzekeraar.

Invoering van meerdere zorgprogramma's leidt tot complexere juridische structuur van zorggroepen

Dit onderzoek laat zien dat de invoering van meerdere keten-dbc's in een aantal gevallen heeft geleid tot een aanpassing van de juridische structuur. In een enkel geval leidde deze verandering tot een combinatie van verschillende rechtsvormen, waarbij de verschillende zorgprogramma's werden uitgevoerd door afzonderlijke zorggroepen/rechtspersonen/instellingen. Het gevolg hiervan is dat multimorbide patiënten voor hun chronische zorg bij meerdere zorggroepen 'in zorg' zijn. Onduidelijk is in hoeverre de patiënt zelf wordt geïnformeerd over het 'in zorg' zijn bij meerdere zorggroepen. Wat deze constructies voor de (kwaliteit van de) feitelijke zorgverlening van mensen met multimorbiditeit betekent, is vooralsnog onduidelijk.

ICT is knelpunt voor het geïntegreerd leveren van zorg

Veel zorggroepen ervaren belemmeringen op het gebied van ICT: tweederde van de zorggroepen ervaart problemen met verschillende huisartsinformatiesystemen (HIS-sen) en bijna de helft ervaart knelpunten in de uitwisseling van informatie tussen de 1^e en 2^e lijn. Het aantal knelpunten lijkt niet afgenomen te zijn sinds de 0-meting. Om aan de toenemende informatiebehoefte van alle relevante partijen te kunnen voldoen, heeft een derde van de zorggroepen een keteninformatiesysteem (KIS) geïmplementeerd. Vooralsnog lijkt het er echter op dat ook een KIS nog niet voldoet aan de volledige informatiebehoefte van zorggroepen. Driekwart van de zorggroepen met een KIS geeft aan ICT-problemen te ervaren.

Zelfmanagement wordt nog door weinig zorggroepen opgepakt

Bij- en nascholing voor zorgverleners op het gebied van zelfmanagement wordt nog door weinig zorggroepen georganiseerd. Bij een aantal zorggroepen met een KIS zijn echter wel stappen gezet om de betrokkenheid van de patiënt bij zijn individuele zorgproces te vergroten. Bij acht zorggroepen heeft de patiënt zonder tussenkomst van zorgverleners via internet toegang tot zijn eigen zorgdossier, waarbij ook de mogelijkheid bestaat om zelf gegevens toe te voegen. Het experimenteren met en het onderzoeken en implementeren van effectieve zelfmanagement interventies zal de komende jaren hoger op de agenda moeten staan.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Integrale bekostiging per 1 januari 2010 structureel ingevoerd

De afgelopen decennia is het aantal chronisch zieken in Nederland sterk gestegen en dit aantal zal de komende decennia verder toenemen (Baan et al., 2009a; Baan et al., 2009b). Deze toename heeft grote gevolgen voor de zorg(last) en zorgkosten. Om in de toekomst een kwalitatief goed gezondheidszorgsysteem te kunnen garanderen, dient de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te worden verbeterd (Taakgroep, 2005). De afgelopen jaren zijn er dan ook veel ontwikkelingen binnen de chronische zorg in gang gezet om de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg (verder) te verbeteren. Een belangrijke ontwikkeling betrof de ontwikkeling van zogeheten ‘zorgstandaarden’. Zorgstandaarden hebben als doel de kwaliteit van de zorg te optimaliseren en beschrijven op hoofdlijnen aan welke zorginhoudelijke en organisatorische eisen de chronische zorg moet voldoen (Coördinatieplatform, 2010). In de praktijk echter bleek dat het opstellen van zorgstandaarden alléén, onvoldoende was om op continue basis samenwerkingsverbanden tussen zorgverleners tot stand te laten komen en zo de kwaliteit van de zorg te kunnen verbeteren. Vooral de versnipperde bekostigingssystematiek van de verschillende onderdelen van de chronische zorg werd door het veld als een belangrijke barrière gezien (Taakgroep, 2005). Om hieraan tegemoet te komen heeft de minister van VWS het mogelijk gemaakt om vanaf 2007 te gaan experimenteren met een nieuwe bekostigingssystematiek van de diabeteszorg. De nieuwe bekostigingssystematiek, recent aangeduid als integrale bekostiging, omvat een zogeheten keten-diagnosebehandelcombinatie (keten-dbc) die het mogelijk maakt om alle losse onderdelen van de chronische zorg als één prestatie/product in te kopen.

Het RIVM heeft van 2007 tot en met 2009 binnen het ZonMw programma Diabetes Keten zorg een evaluatie uitgevoerd naar een tiental experimenten met integrale bekostiging van diabeteszorg in Nederland. De resultaten hiervan zijn in november 2009 gepubliceerd (Struijs et al., 2009). Vooruitlopend op de resultaten van deze evaluatie werd al in september 2009 door de Tweede Kamer besloten om per 1 januari 2010 integrale bekostiging van diabetes en vasculair risicomangement (VRM) structureel in te voeren. Integrale bekostiging van COPD-zorg is per 1 juli 2010 structureel ingevoerd en integrale bekostiging van hartfalen zal worden ingevoerd zodra de zorgstandaard hartfalen beschikbaar is. Daarnaast wordt door VWS nagedacht over de mogelijkheden van invoering van integrale bekostiging van de zorg voor artrose, astma, CVA, depressie, hartfalen en obesitas (NZA, 2010a). Recent is aan dit lijstje verloskundige en geboortezorg toegevoegd (VWS, 2010). In maart 2010 heeft de minister een evaluatiecommissie ingesteld die de komende drie jaar de invoering van integrale bekostiging gaat monitoren en evalueren.

Zorggroep: nieuwe speler in het gezondheidszorgsysteem

De invoering van integrale bekostiging heeft geresulteerd in een nieuwe speler in het Nederlandse zorgsysteem: de zorggroep. Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd en die verantwoordelijk is voor de coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg in een bepaalde regio. Met de term ‘zorggroep’ wordt de hoofdcontractant van het keten-dbc contract bedoeld en niet het team van zorgverleners dat de feitelijke zorg verleent. De

zorggroep fungeert als ‘hoofdaannemer’ en contracteert de meeste onderdelen van dit zorgprogramma bij individuele zorgaanbieders of -instellingen (‘onderaannemers’) en/of levert (een gedeelte van) de zorg zelf.

Meer inzicht in organisatorische ontwikkelingen van zorggroepen gewenst

Uit het onderzoek ‘Nulmeting zorggroepen’ (hierna: 0-meting) van de LVG blijkt dat er in 2008 ongeveer negentig zorggroepen in oprichting of al operationeel waren (De Wildt en Leusink, 2008). Omdat zorggroepen nog jonge organisaties zijn, verkeren zij vaak in de ontwikkelingsfase en zijn zij bezig met een professionaliseringslag. Nu de structurele invoering van integrale bekostiging sinds 1 januari 2010 een feit is, is het wenselijk om meer inzicht te krijgen in de organisatorische ontwikkelingen van zorggroepen. Het ministerie van VWS heeft het RIVM daarom verzocht om in samenwerking met de LVG een onderzoek uit te voeren naar de organisatorische ontwikkelingen en de professionalisering van zorggroepen.

1.2 Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is inzicht te geven in de organisatorische ontwikkelingen van zorggroepen.

De twee onderzoeksvragen met daarbij verschillende deelvragen zijn als volgt geformuleerd:

- Hoe zijn zorggroepen anno 2010 georganiseerd?

- Wat zijn de algemene kenmerken van zorggroepen?
- Hoe zien de organisatiestructuren van zorggroepen eruit?
- Hoe zijn zorggroepen verspreid over Nederland?
- Hoe is de ICT geregeld binnen zorggroepen?
- Hoe zijn patiënten betrokken bij de organisaties van zorggroepen?

- Hoe verloopt de uitrol van de verschillende zorgprogramma's?

- Welke zorgprogramma's hebben de zorggroepen gecontracteerd?
- Wat is de inhoud van de zorgprogramma's voor diabetes, COPD en VRM?
- Hoe gaan de onderhandelingen met de zorgverzekeraars en zorgaanbieders?
- Leidt het contracteren van meerdere zorgprogramma's tot aanpassingen in rechtsvorm en contracten?

Dit onderzoek beperkt zich tot zorggroepen die een zorgprogramma voor diabetes, COPD en/of VRM hebben ingevoerd en die hiervoor een keten-dbc contract hebben afgesloten. De reden van deze beperking is dat voor deze chronische aandoeningen integrale bekostiging structureel is ingevoerd per 1 januari 2010 (diabetes en VRM) of 1 juli 2010 (COPD). Aangezien alle zorggroepen een zorgprogramma voor diabetes hebben gecontracteerd – dit in tegenstelling tot de zorgprogramma's voor COPD en VRM – wordt het zorgprogramma voor diabetes uitgebreider beschreven dan de zorgprogramma's voor COPD en VRM.

1.3 Leeswijzer rapport

Het onderzoek dat in dit rapport wordt beschreven heeft veel informatie over de organisatie van zorggroepen anno 2010 en hun zorgprogramma's opgeleverd. De bevindingen worden gepresenteerd aan de hand van de geformuleerde onderzoeksvragen en deelvragen. Hoofdstuk 2 beschrijft de gehanteerde onderzoeksmethode, waarna in hoofdstuk 3 en 4 de resultaten worden gepresenteerd. Hoofdstuk 5 plaatst deze bevindingen in perspectief en formuleert aanbevelingen voor beleid en toekomstig onderzoek. De belangrijkste conclusies en aanbevelingen zijn samengevat in de kernboodschappen, die vooraan in dit rapport zijn te vinden. Deze kernboodschappen fungeren tevens als een managementsamenvatting. In Bijlage 1 worden de projectteamleden en de interne referenten vermeld.

2 Methode

2.1 Onderzoekspopulatie

Onderzoekspopulatie beperkt tot zorggroepen die hoofdcontractant zijn van een keten-dbc contract

De onderzoekspopulatie bestaat uit zorggroepen die al een keten-dbc contract hebben afgesloten of die hierover in onderhandeling zijn met hun preferente zorgverzekeraar voor minimaal één zorgprogramma. Met andere woorden: alle zorggroepen die deelnemen aan dit onderzoek zijn ‘hoofdcontractant’ van een keten-dbc contract (zie Tekstbox 2.1).

Zorggroepen die nog in oprichting zijn (die bijvoorbeeld nog geen rechtsvorm hebben), zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Ook ‘zorggroepen’ of andere zorginstellingen/organisaties die wel integrale zorg voor chronisch zieken leveren maar die niet worden bekostigd door middel van een keten-dbc contract (en hierover ook niet in onderhandeling zijn met hun zorgverzekeraar) zijn uitgesloten van deelname.

Tekstbox 2.1: Definitie zorggroep in dit rapport

Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders verenigd zijn die verantwoordelijk zijn voor het coördineren en leveren van chronische zorg aan een nader omschreven patiëntenpopulatie (in een bepaalde geografische regio) en waarbij gebruik wordt gemaakt van een keten-dbc contract.

Hierin staan afspraken over:

- de minimale kwaliteitseisen van de zorg op basis van een zorgstandaard;
- een integraal (vrij onderhandelbaar) tarief;
- de verantwoordingsinformatie ten behoeve van zorgverzekeraars.

De zorggroep levert de gecontracteerde zorg zélf, of sluit hiervoor overeenkomsten met individuele zorgaanbieders of -instellingen.

Hierin staan afspraken over:

- de minimale kwaliteitseisen van de gecontracteerde zorg (afgeleid van het door de zorggroep opgestelde multidisciplinaire protocol);
- het tarief, de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden;
- de verantwoordingsinformatie ten behoeve van de zorggroep.

De gehanteerde definitie ‘zorggroep’ wijkt af van het LVG onderzoek ‘nulmeting zorggroepen’

De definitie van ‘zorggroep’ is in het huidige rapport strikter dan in het LVG-rapport ‘nulmeting zorggroepen’. Zo werden in het LVG-onderzoek zorggroepen meegenomen die nog in oprichting waren en/of zorggroepen die nog geen zorgprogramma operationeel hadden. In het huidige onderzoek zijn deze zorggroepen niet meegenomen (zie Tekstbox 2.1).

Om een goede vergelijking te maken tussen de resultaten van het huidige onderzoek en de 0-meting zijn de analyses uit de 0-meting opnieuw uitgevoerd, waarbij de definitie van zorggroepen tussen de twee onderzoeken identiek was. De in dit rapport gepresenteerde gegevens wijken hierdoor af van de

oorspronkelijk gerapporteerde gegevens in het LVG-rapport; de gegevens hebben betrekking op 37 van de oorspronkelijke 55 zorggroepen uit de 0-meting.

2.2 Gegevensverzameling

Vragenlijst met meerkeuze- en open vragen verstuurd in maart 2010

De gegevens voor dit onderzoek zijn verzameld door middel van een schriftelijke vragenlijst die zowel meerkeuzevragen als open vragen bevatte. Om een zo hoog mogelijk respons op de vragenlijst te realiseren, was naast een begeleidende brief van het RIVM, waarin de zorggroepen werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek, ook een aanbevelingsbrief van de LVG en Landelijke Huisartsvereniging (LHV) Ketenzorgadviesgroep bijgevoegd. Respondenten ontvingen bij een volledig ingevulde vragenlijst een vergoeding in de vorm van een tegoedbon.

Inhoud vragenlijst gebaseerd op 0-meting, maar ook andere aandachtspunten toegevoegd

De vragenlijst voor het huidige onderzoek is gebaseerd op de vragenlijst ‘nulmeting zorggroepen’ (De Wildt en Leusink, 2008). Diverse relevante partijen (onder andere ministerie van VWS, NZa, NMa, LVG en LHV) en experts werden geraadpleegd om te bepalen in hoeverre er relevante onderwerpen konden worden toegevoegd. De belangrijkste onderwerpen in de huidige vragenlijst waren: de organisatiestructuur van de zorggroepen, ervaringen van de zorggroep in de onderhandelingen met zorgverzekeraars en ‘onderaannemers’ almede de inhoud van de zorgprogramma’s diabetes, VRM en COPD. De vragen uit de vragenlijst ‘nulmeting zorggroepen’ zijn zo veel mogelijk onveranderd opgenomen om tot een goede vergelijking te kunnen komen.

Pilot-onderzoek vragenlijst uitgevoerd bij twee zorggroepen

De conceptvragenlijst is in een pilot-onderzoek getest bij twee zorggroepen. Het doel hiervan was om inzicht te krijgen in hoeverre de vragen duidelijk waren gesteld en of er nog relevante onderwerpen ontbraken in de vragenlijst. Vertegenwoordigers/afgevaardigden van de twee zorggroepen hebben hun ervaringen na het invullen van de vragenlijst teruggekoppeld naar een onderzoeker van het projectteam (JvT). Op basis van de ervaringen van de twee zorggroepen is een aantal vragen geherformuleerd en is de definitieve vragenlijst opgesteld.

Adressenbestand zorggroepen gebaseerd op meerdere bronnen

Voor het samenstellen van de adressenlijst van zorggroepen zijn verschillende bronnen geraadpleegd. Allereerst zijn de adressenbestanden van de LVG, LHV en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geraadpleegd. Aanvullend is gezocht op websites van zorgverzekeraars en beschikbare websites van zorggroepen. Daarnaast is door het projectteam bij de zorggroepen navraag gedaan of er in hun regio nog andere zorggroepen actief zijn. Het uiteindelijke adressenbestand bevatte de gegevens van 124 zorggroepen.

Reminder na drie weken, vervolgens telefonische of e-mail reminder

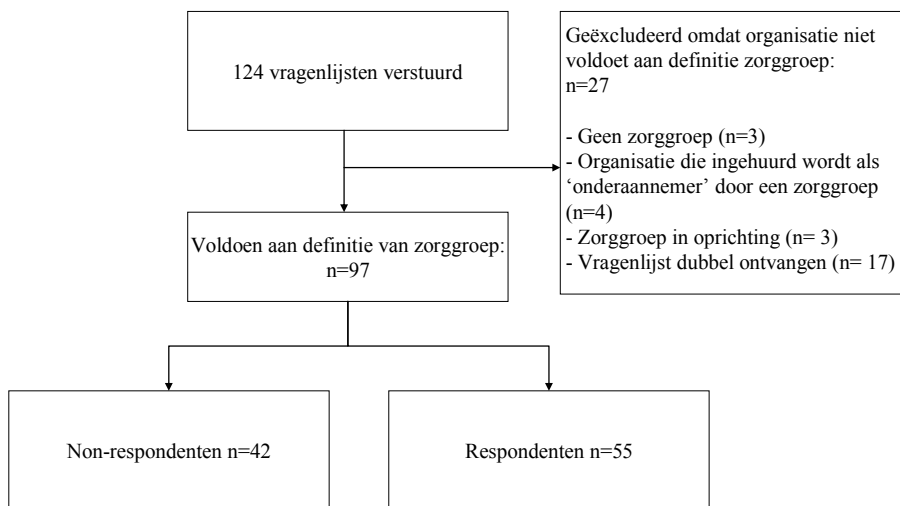
Drie weken na verzending van de vragenlijsten is een herinneringsbrief verstuurd naar alle zorggroepen die nog geen vragenlijst hadden teruggestuurd. Zorggroepen die twee weken na het versturen van de herinneringsbrief nog geen vragenlijst hadden geretourneerd, zijn – afhankelijk van de beschikbare contactgegevens – telefonisch of per e-mail benaderd. Als zorggroepen tijdens de eerste poging niet bereikbaar waren, is na enkele dagen nogmaals telefonisch contact gezocht. De telefonische contacten

en e-mails zijn ook gebruikt om na te gaan of zorggroepen voldeden aan de in dit onderzoek gehanteerde definitie van zorggroep (zie Tekstbox 2.1).

2.3 Respons

In totaal 124 vragenlijsten verstuurd

Van de 124 aangeschreven organisaties waren drie organisaties geen zorggroep, vier organisaties fungeerden als onderaannemer van een zorggroep, waren drie zorggroepen nog in oprichting en kwamen 17 zorggroepen tweemaal voor in het adressenbestand onder verschillende namen. Deze 27 organisaties zijn in de verdere analyses niet meegenomen. In totaal hebben 55 van de 97 zorggroepen (57%) de vragenlijst ingevuld (zie Figuur 2.1).



Figuur 2.1 Stroomdiagram (non) respons vragenlijst

Respons bedraagt 57% maar is mogelijk een onderschatting

Vijf zorggroepen hebben niet gereageerd op de herinneringsbrief en waren ook niet telefonisch of via e-mail te bereiken. Van deze organisaties kon ook geen website worden achterhaald, waardoor het onduidelijk is of het hier daadwerkelijk zorggroepen betreft. Het responspercentage is daardoor mogelijk een onderschatting.

Respondenten zijn voornamelijk managers van zorggroepen

De functies van de respondenten binnen de zorggroep waren als volgt: directeur, projectleider of manager van een zorggroep (n=35), voorzitter van een zorggroep (n=5), secretaris of penningmeester (n=3), bestuurslid (n=4) of een andere functie, zoals projectmedewerker, coördinator of beleidsmedewerker (n=8).

2.4 Analyses

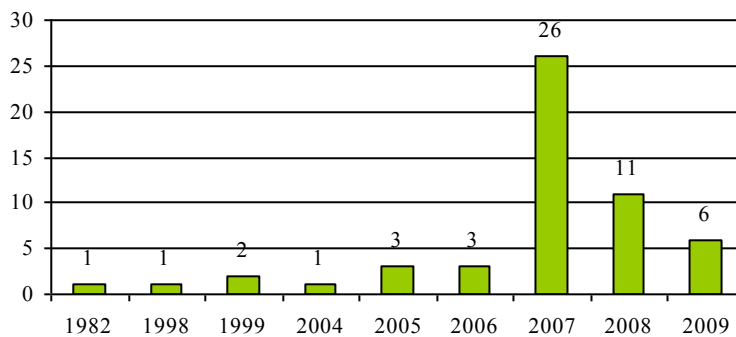
Voor de analyse van de gegevens werd gebruikgemaakt van het statistische verwerkingsprogramma SPSS 17.0. In dit rapport beperken we ons tot beschrijvende statistiek. De resultaten worden beschreven aan de hand van frequentietabellen, percentages en kruistabellen. Waar mogelijk is een vergelijking gemaakt met de 0-meting. Vanwege de kleine aantallen in responderende zorggroepen en het niet-volledig overeenkomen van de zorggroepen die aan beide onderzoeken deelnamen, is er voor gekozen om geen significantieniveaus te presenteren.

3 Hoe zijn de zorggroepen anno 2010 georganiseerd?

3.1 Wat zijn de algemene kenmerken van zorggroepen?

Veel zorggroepen opgericht in 2007 en 2008

Het merendeel van de deelnemende zorggroepen is in 2007 (n=26) of 2008 (n=11) opgericht (zie Figuur 3.1 en Figuur 3.2). Diverse zorggroepen (n=11) geven aan vóór 2007 te zijn opgericht. Deze zorggroepen waren dus al operationeel voordat de mogelijkheid bestond om keten-dbc contracten op experimentele basis af te sluiten (per 1 januari 2007).



Figuur 3.1: Oprichtingsjaar (statutair) van deelnemende zorggroepen (n=54#)

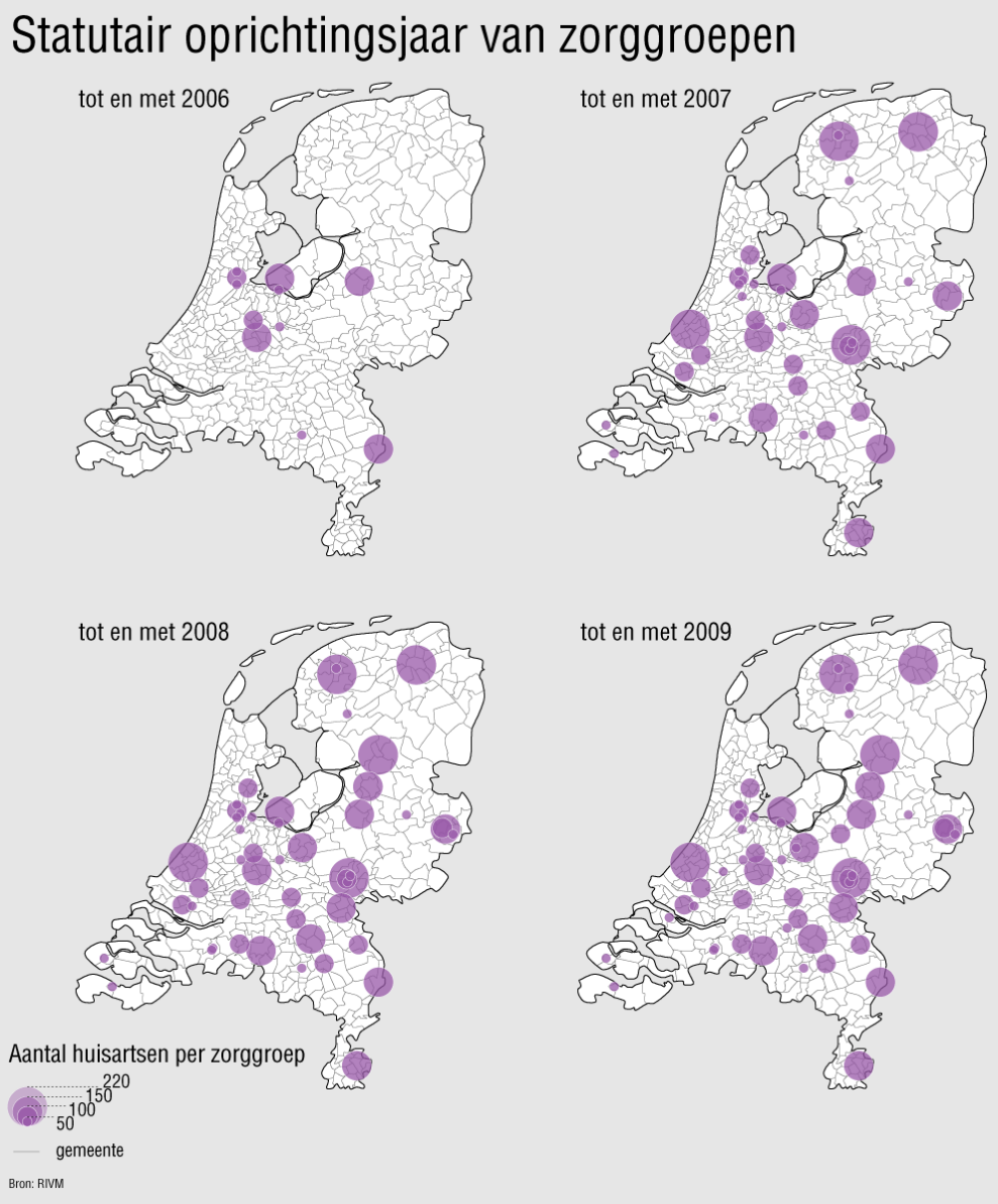
Eén missende waarde

Besloten vennootschap is de meest voorkomende rechtsvorm

De rechtsvorm die het meeste voorkomt onder de deelnemende zorggroepen is de ‘besloten vennootschap (bv)’ (36%). Ook de rechtsvormen ‘stichting’ (18%) en ‘coöperatie’ (18%) komen vaak voor (zie Tabel 3.1). Van de zorggroepen geeft 16% aan een combinatie van rechtsvormen te zijn, waarvan een bv altijd onderdeel uitmaakt. De meest voorkomende combinaties zijn ‘bv’ en ‘coöperatie’ (5%) en ‘bv’ en ‘stichting’ (4%) (niet weergegeven in Tabel 3.1). In vergelijking met de 0-meting in 2008, geven zorggroepen in 2010 vaker aan een bv als rechtsvorm te hebben (0-meting: 22%), terwijl de rechtsvorm ‘coöperatie’ minder vaak is gerapporteerd (0-meting: 32%).

Vier zorggroepen veranderd van rechtsvorm sinds oprichting

Vier van de deelnemende zorggroepen rapporteren sinds hun oprichting van rechtsvorm te zijn veranderd (niet weergegeven in Tabel 3.1). Ten tijde van hun oprichting waren drie van deze zorggroepen een stichting; één zorggroep was een coöperatie. De huidige rechtsvormen betreffen een bv, een coöperatie, een combinatie van een stichting en een bv, en een combinatie van een stichting, bv en coöperatie.



Figuur 3.2: De oprichting van zorggroepen in Nederland gedurende periode 2006 tot en met 2009

Tabel 3.1: Huidige rechtsvormen van deelnemende zorggroepen

	1-meting (N=55)	0-meting (N=37)
Rechtsvorm	n (%)	n (%)
Besloten vennootschap	20 (36)	8 (22)
Stichting	10 (18)	7 (19)
Coöperatie	10 (18)	12 (32)
Vereniging	2 (4)	1 (3)
Maatschap	2 (4)	2 (5)
Commanditair vennootschap	1 (2)	0 (0)
Combinatie van rechtsvormen	9 (16)	6 (16)
Onbekend	1 (2)	1 (3)

Huisarts altijd (mede-)eigenaar van zorggroep

In alle zorggroepen is de huisarts (mede-)eigenaar van de zorggroep. Bij 83% van de zorggroepen zijn alleen huisartsen eigenaar van de zorggroep (zie Tabel 3.2). Voor de zorggroepen die een stichting zijn, kan niet worden vastgesteld wie de eigenaar is, omdat er bij deze rechtsvorm formeel geen sprake is van eigenaars. Bij de negen zorggroepen met een combinatie van rechtsvormen kan het eigenaarschap variëren tussen de rechtsvormen. Voor deze zorggroepen geldt dat in ten minste één van de rechtsvormen de huisartsen (mede-)eigenaar zijn. Twee zorggroepen hebben een multidisciplinair karakter en hebben drie of meer zorgdisciplines als (mede-)eigenaar van de zorggroep. Ook bij deze zorggroepen is de huisarts altijd vertegenwoordigd.

Tabel 3.2: Eigenaarschap van zorggroepen

	1-meting (n=35[#])
Eigenaarschap zorggroep	n (%)
Huisartsen	29 (83)
Huisartsen + huisartsenlaboratorium	2 (6)
Drie of meer partijen/disciplines	2 (6)
Onbekend	2 (6)

[#] Exclusief zorggroepen die een stichting zijn of een combinatie van rechtsvormen hebben

Merendeel zorggroepen hanteert toetredingseisen

Van alle deelnemende zorggroepen geeft 89% aan toetredingseisen te hanteren voor nieuw toe te treden zorgaanbieders (zie Tabel 3.3). De meest genoemde toetredingseis is de aanwezigheid van een praktijkondersteuner huisarts (poh) (47%) gevolgd door samenwerking met een door de zorggroep geselecteerde ketenpartner (31%).

Tabel 3.3: Toetredingseisen gesteld door zorggroepen*

	1-meting (N=55)	0-meting (N=37)
Toetredingseisen	n (%)	n (%)
Geen	6 (11)	3 (8)
Hebben van een poh (praktijkondersteuner huisarts)	26 (47)	18 (49)
Samenwerking met een door de zorggroep geselecteerde contractpartner	17 (31)	9 (24)
Vrijgevestigde huisarts	17 (31)	10 (27)
Verplichte deelname aan alle zorgprogramma's	10 (18)	6 (16)
Betalen van fee (vergoeding)	9 (16)	8 (22)
Accreditatie van de (huisarts)praktijk	5 (9)	4 (11)

* De respondenten hadden bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen

3.2 Hoe zien de organisatiestructuren van zorggroepen eruit?

De organisatie van een zorggroep bestaat meestal uit drie lagen:

- management- en beleidslaag;
- uitvoerende laag;
- toezichthoudende laag.

In deze paragraaf wordt nader op deze lagen ingegaan.

Tekstbox 3.1: Welke wettelijke eisen worden er aan zorggroepen gesteld in het kader van de Wtzi?

Eisen die in het kader van de Wtzi (Wet toelating zorginstellingen) aan zorginstellingen worden gesteld:

- bestuursstructuur (toezichthoudend orgaan en enquêterecht);
- bedrijfsvoering (beschrijving van bevoegdheden van de verschillende organen, financiële bedrijfsvoering);
- verantwoording over de exploitatie (Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording).

Zorggroepen die minder dan vijftig werknemers in dienst hebben, hoeven niet te voldoen aan de transparantie-eisen voor de bestuursstructuur. Het hebben van een onafhankelijk toezichthoudend orgaan is in deze gevallen niet noodzakelijk.

Andere (verslagleggings)eisen zijn:

- kwaliteit (conform de Kwaliteitswet);
- klachtrecht (conform de Wet klachtrecht cliëntenzorgsector (Wkcz));
- medezeggenschap (conform de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz)).

Zorggroepen hoeven niet te voldoen aan de verantwoording over de exploitatie zolang zij niet zijn aangemerkt als instellingen voor medisch-specialistische zorg of instelling voor Awbz-zorg.

Management- en beleidslaag

43% van de zorggroepen rapporteert geen werknemers in dienst te hebben

Van de deelnemende zorggroepen geeft 43% aan geen werknemers in loondienst te hebben (zie Tabel 3.4). Ongeveer een derde van de zorggroepen geeft aan minder dan 10 werknemers in dienst te hebben; 12% geeft aan meer dan 100 in dienst te hebben. Kenmerkend voor deze laatste groep is dat zij vóór 2005 zijn opgericht. Een aantal eisen van de Wtzi geldt alleen voor zorggroepen met 50 werknemers of meer (zie Tekstbox 3.1). In totaal hebben zeven zorggroepen 50 werknemers of meer in dienst.

Tabel 3.4: Aantal werknemers in dienst bij zorggroep

	1-meting (n=49[#])
Aantal werknemers in dienst	n (%)
0 (geen werknemers in dienst)	21 (43)
<10 werknemers	17 (35)
≥10 <100 werknemers	5 (10)
≥100 werknemers	6 (12)

[#]Zes missende waarden

Grote variatie in het aantal fte van het ondersteunend personeel tussen zorggroepen

Er is een grote variatie tussen zorggroepen wat betreft het aantal fte's (*fulltime-equivalents*) van ondersteunend personeel (zie Tabel 3.5). Meerdere respondenten geven aan dat het exacte aantal fte moeilijk is te noemen, omdat diverse medewerkers ook werkzaamheden verrichten die niet direct zijn gerelateerd aan werkzaamheden voor de zorggroep maar aan andere activiteiten van de organisatie. In vergelijking met de 0-meting zijn er vrijwel geen veranderingen opgetreden wat betreft het (aantal) ondersteunend personeel van zorggroepen.

Tabel 3.5: Zorggroepen met ondersteunend personeel (%) inclusief gemiddeld aantal fte en range uitgesplitst naar type werkzaamheden*

	1-meting (N=55)	0-meting (N=37)	Gemiddeld aantal fte[#]	Range fte[#]
Ondersteunend personeel	%	%		
Directie/management	89	89	0,7	0,1-3,0
Secretariaat	78	73	0,7	0,1-4,0
Financiële en personele administratie	70 [†]	65	1,1	0,1-7,1
ICT/data management	44 [†]	60	0,6	0,1-3,0
Medische staf/medische coördinator	44 [†]	46	0,4	0,1-1,5
Beleidsmedewerker/staffunctionaris	31 [†]	35	1,0	0,2-3,0
Kwaliteitsfunctionaris	31	-	0,3	0,1-1,0

* De respondenten hadden bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen

[†] Op basis van n=54

[#] N is afwijkend door missende waarden

Twee derde van zorggroepen beschikt over jaarverslag over het jaar 2008

Vierentwintig van de 37 zorggroepen (65%) die vóór 2008 zijn opgericht, beschikken over een jaarverslag, terwijl er 36 zorggroepen (97%) beschikken over een verslag met exploitatiegegevens over het jaar 2008. De overige 18 zorggroepen zijn in 2008 of later opgericht.

Kwart zorggroepen heeft kwaliteitssysteem

Vijftien zorggroepen (27%) geven aan te werken met een kwaliteitssysteem. De meeste zorggroepen werken met het kwaliteitssysteem van het Nederlandse Huisarts Genootschap (NHG) (n=10) en/of het Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) (n=6).

Tekstbox 3.2: Wat behoort volgens de zorggroepen zélf nu eigenlijk tot de taak van de zorggroep?

Uit de RIVM-evaluatie 'Experimenteren met keten-dbc diabetes' (Struijs, 2009) kwam naar voren dat zorggroepen niet alleen verschillend zijn georganiseerd, maar dat er ook verschillen bestaan in de taken en werkzaamheden van de zorggroepen. Deze verschillen kunnen mogelijk worden verklaard door verschillen in opvattingen over de taken en activiteiten die tot de verantwoordelijkheid van de zorggroep behoren. Om hier meer duidelijkheid in te krijgen, is in het huidige onderzoek bij de respondenten nagegaan welke taken en activiteiten naar hun idee tot de verantwoordelijkheid van de zorggroep behoren.

Aantal respondenten dat activiteit tot de verantwoordelijkheid van zorggroep vindt behoren (%)

	1-meting (N=55)
Activiteit	n (%)
Zorgverleners voorzien van spiegelinformatie	54 (98)
Opstellen en implementeren van multidisciplinair protocol	54 (98)
Structurele afspraken maken over verwijzing en terugverwijzing naar 2 ^e lijn	53 (96)
Organiseren bij- en nascholing van zorgverleners	50 (91)
Organiseren multidisciplinair overleg [†]	48 (89)
Ontwikkelen/opzetten kwaliteitssysteem voor zorggroep	47 (86)
Patiënten(vereniging) betrekken bij opstellen beleid	46 (84)
Controleren of zorgaanbieders volgens evidence based richtlijnen werken	44 (80)
Instellen klachtenprocedure [†]	43 (80)
Informerende van patiënten over richtlijnen en standaarden	38 (69)
Certificering van zorggroep [†]	36 (67)
Organiseren van praktijkvisite [†]	36 (67)
Implementeren van oproepsysteem voor patiënten (no show) [†]	34 (65)
Faciliteren/ondersteunen van cliëntenraad [†]	20 (39)
Instellen medezeggenschapsraad [†]	16 (30)

[†] N is afwijkend door missende waarden

Over meer dan de helft van de taken blijkt consensus te bestaan

Er blijken verschillen te bestaan in de opvattingen over de taken die tot de verantwoordelijkheid van de zorggroep behoren. Voor het merendeel van deze taken bestaat consensus tussen de respondenten. Over taken en activiteiten zoals het organiseren van praktijkvisite en het faciliteren en ondersteunen van een cliëntenraad, wordt verschillend gedacht door de respondenten/zorggroepen.

Uitvoerende laag

In de paragrafen over zorgprogramma's voor diabetes (paragraaf 4.2) en zorgprogramma's voor COPD en VRM (paragraaf 4.3) wordt uitvoerig ingegaan op de uitvoerende laag.

Toezichthoudende laag

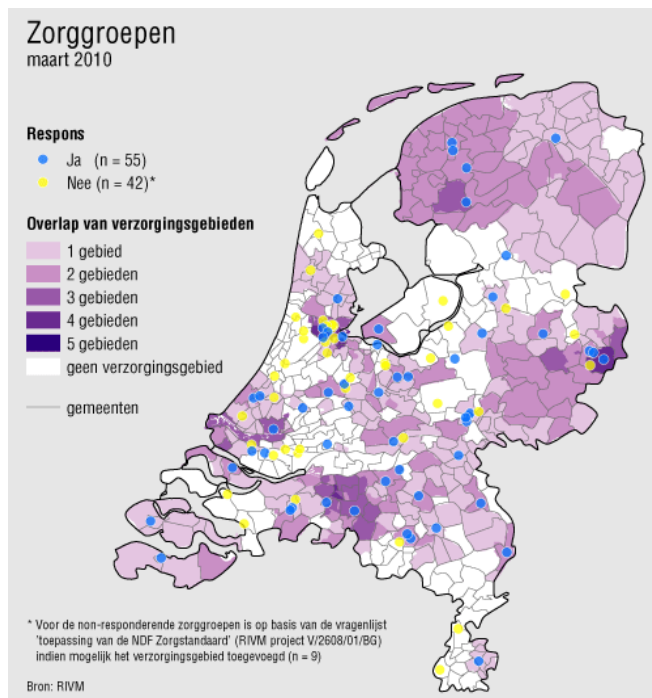
Ongeveer een kwart van de zorggroepen heeft een toezichthoudend orgaan

In totaal heeft 24% (n=13) van de zorggroepen een toezichthoudend orgaan. Dit betekent dat de overige 32 zorggroepen geen toezichthoudend orgaan hebben. De redenen die hiervoor worden genoemd, zijn divers: de zorggroep is pas recent opgericht (n=6), de zorggroep valt niet onder de Wtzi (n=16), (te)veel bureaucratie (n=5) en (te) kleine organisatie (n=14). Vier respondenten gaven aan niet te weten waarom een toezichthoudend orgaan ontbreekt. De zorggroepen die wel een toezichthoudend orgaan hebben, zijn over het algemeen organisaties die al wat langer bestaan en die relatief groter zijn. Ongeveer de helft van deze zorggroepen werd opgericht vóór het jaar 2000 (n=5) en/of had meer dan 50 medewerkers in dienst (n=5).

3.3 Hoe zijn zorggroepen verspreid over Nederland?

De helft van de zorggroepen is als enige zorggroep actief in het door hen gerapporteerde verzorgingsgebied

Vijftig procent (n=27) van de zorggroepen geeft aan dat er geen andere zorggroepen in hun verzorgingsgebied actief zijn. Het verzorgingsgebied is hierbij gedefinieerd als het gebied waarin de participerende huisartsen zijn gevestigd met hun praktijken. In de gevallen dat er sprake was van een andere zorggroep binnen het eigen verzorgingsgebied, betrof dit meestal slechts één andere zorggroep (n=17 van de 27 zorggroepen). Eén zorggroep geeft aan dat er 10 andere zorggroepen actief zijn in de eigen regio. Dit is een zorggroep met een wijd verzorgingsgebied in een grote stad. Wanneer de verzorgingsgebieden van de zorggroepen (geo)grafisch worden weergegeven, wordt het beeld bevestigd dat vele zorggroepen als enige in hun verzorgingsgebied actief zijn (zie Figuur 3.3).



Figuur 3.3: Spreiding van zorggroepen in Nederland (inclusief het zelfgerapporteerde verzorgingsgebied)

Sterke positie van zorggroepen in eigen verzorgingsgebied

Van de zorggroepen die als enige zorggroep actief zijn in het eigen verzorgingsgebied (n=27), geven er acht aan dat *alle* huisartsen uit de regio participeren in het zorgprogramma voor diabetes. Bij zes zorggroepen is er één huisarts die niet meedoet, bij drie zorggroepen zijn er twee huisartsen die niet meedoen en bij twee zorggroepen zijn er drie huisartsen die niet meedoen. Zes zorggroepen geven aan dat er tussen de vier en 40 huisartsen niet deelnemen. De overige tien zorggroepen hebben deze vraag niet ingevuld.

Zeven zorggroepen geven aan plannen te hebben om in de toekomst te gaan fuseren

Zeven van de 55 zorggroepen (13%) hebben plannen om in de toekomst te gaan fuseren. Naast deze zeven is er één zorggroep die recent is gefuseerd. Redenen voor de fusie(plannen) zijn het verlagen van overheadkosten en verhogen van efficiency (88%), het verbeteren van de onderhandelingspositie (50%), het verbeteren van de strategische positie (38%) en het vergroten van het marktaandeel (13%). Het aantal participerende huisartsen in deze zorggroepen varieert van 10 tot en met 62; deze zorggroepen kunnen daarmee worden aangemerkt als 'kleine' zorggroepen (zie Tabel 4.1).

3.4 Hoe is de ICT geregeld binnen zorggroepen?

Veel gebruik van 'HIS extractie tool' en van een keteninformatiesysteem (KIS)

Bijna de helft van de zorggroepen (49%) maakt gebruik van een huisartsinformatiesysteem (HIS) extractie tool, terwijl een derde van de zorggroepen (33%) gebruikmaakt van een KIS (zie Tabel 3.6). Naast de toepassing van elektronische registratiesystemen geven vijf zorggroepen aan gebruik te maken

van papieren lijsten. Een vergelijking met de 0-meting is op dit punt niet mogelijk, aangezien destijds de mogelijkheid van een KIS niet is meegenomen.

Tabel 3.6: Gegevensregistratie binnen zorggroepen*

	1-meting (N=55)
Methode gegevensregistratie	n (%)
HIS extractie tool	27 (49)
KIS	18 (33)
Apart registratiesysteem naast het HIS	9 (16)
Systeem van diagnostisch partner (huisartsenlab, laboratorium/ziekenhuis)	5 (9)
Handmatige lijsten	5 (9)
Systeem nog in ontwikkeling	3 (6)

* De respondenten hadden bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen

Patiënt heeft bij acht zorggroepen zelfstandig elektronisch toegang tot eigen zorgdossier

Bij acht van de 18 zorggroepen met een KIS heeft de patiënt zonder tussenkomst van zorgverleners elektronisch toegang tot zijn eigen zorgdossier, waarbij de patiënt tevens de mogelijkheid heeft om zelf gegevens toe te voegen aan het medisch dossier. Nog eens drie zorggroepen geven aan bezig te zijn met de voorbereidingen om patiënten elektronische toegang te geven tot het eigen zorgdossier. Alle overige zorggroepen geven aan patiënten geen toegang te bieden tot het eigen dossier en hier momenteel ook geen concrete plannen voor te hebben.

Bij één op de drie zorggroepen is zorgdossier beschikbaar voor (alle) betrokken zorgverleners

Vijfendertig procent (n=19) van de zorggroepen beschikt over een multidisciplinair zorgdossier. Van deze zorggroepen geven 13 zorggroepen aan dat het dossier beschikbaar is voor alle betrokken zorgverleners en zes zorggroepen geven aan dat het dossier beschikbaar is voor een aantal betrokken zorgverleners. Van de 13 zorggroepen die alle zorgverleners toegang bieden, hebben 11 zorggroepen een KIS geïmplementeerd.

Meeste zorggroepen ervaren ICT-problemen

Slechts zes van de deelnemende zorggroepen (11%) geven aan binnen hun zorggroep geen knelpunten te ervaren op het gebied van ICT (zie Tabel 3.7). Van deze zorggroepen werken er vier met een KIS en twee met een HIS extractie tool. De overige zorggroepen ervaren wel knelpunten op het gebied van ICT. Het meest genoemde knelpunt is dat er binnen de zorggroep verschillende HIS-sen worden gebruikt (64%). Een ander knelpunt dat door 44% van de zorggroepen wordt ervaren, betreft de uitwisselingsinformatie tussen de 1^e en 2^e lijn.

Tabel 3.7: Belemmerende factoren/knelpunten op het gebied van ICT*

	1-meting (N=55)	0-meting (N=37)
Knelpunten	n (%)	n (%)
Geen knelpunten	6 (11)	2 (5)
Verschillende HIS-sen	35 (64)	23 (62)
Uitwisselingsinformatie tussen 1 ^e en 2 ^e lijn	24 (44)	17 (46)
Ontbreken van ICT extractie tool	13 (24)	15 (41)
Centrale informatieverzameling	12 (22)	13 (35)
Anders	15 (27)	3 (8)

*De respondenten hadden bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen

3.5 Hoe zijn patiënten betrokken bij de organisaties van zorggroepen?

Merendeel van zorggroepen heeft zich bij patiënten bekendgemaakt

Tweeëntachtig procent van de responderende zorggroepen (n=45) geeft aan hun patiënten te hebben geïnformeerd over het bestaan van de zorggroep. De overige zorggroepen (n=10) geven aan zich niet bekend te hebben gemaakt bij hun patiënten. Hierbij moet worden opgemerkt dat twee van deze zorggroepen recent zijn opgericht, terwijl vijf andere zorggroepen aangeven dat zij niet onder de Wtzi vallen (en zichzelf dus niet als zorginstelling zien). Het niet onder de Wtzi vallen van een zorggroep is niet correct: zorggroepen zijn te allen tijde zorginstellingen (zie Tekstbox 3.1).

Informeren van patiënten op velerlei manieren

De zorggroepen die zich wél bekend hebben gemaakt bij de patiënt, doen dit op verschillende en ook vaak op meerdere manieren. Het hebben van een website (n=29) en/of een folder (n=26) wordt het meest genoemd. Ook het verspreiden van een nieuwsbrief en/of het ophangen van posters in de wachtkamer van betrokken huisartspraktijken wordt genoemd (n=11). In de categorie 'anders' worden genoemd dat de bekendmaking gebeurt via een brief (n=7), sticker op deur van de praktijk (n=2), krant (n=3) of een informatieavond van de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) (n=1).

Patiëntenervaringen worden in 62% van de zorggroepen op periodieke basis gemeten

Bij 62% van de zorggroepen (n=34) wordt periodiek patiëntenervaringen gemeten. Bij 20 zorggroepen wordt dit onderzoek door de zorgverzekeraar uitgevoerd. Bij de overige 14 zorggroepen wordt dit door de zorggroep zelf gedaan. De frequentie van het patiëntervaringsonderzoek varieert bij de zorggroepen die dit zelf uitvoeren. Negen zorggroepen geven aan dit één keer in de twee jaar te doen, terwijl vijf zorggroepen dit jaarlijks uitvoeren. In de gevallen waar de zorgverzekeraar het patiëntervaringsonderzoek uitvoert, is de frequentie hiervan onbekend.

Driekwart van de zorggroepen beschikt over een website

Van de deelnemende zorggroepen heeft 78% een website (n=43). Van deze zorggroepen rapporteert 65% (n=28) dat de website zowel op patiënten als op zorgverleners is gericht. Bij 30% (n=13) van de zorggroepen is de website alleen gericht op betrokken zorgverleners, terwijl bij 5% (n=2) van de zorggroepen de website volledig op de patiënt is gericht. Dit betekent dat ongeveer de helft van de zorggroepen geen website heeft die (deels) op de patiënt is gericht. Over een eventuele website van de afzonderlijke huisartspraktijken is geen informatie beschikbaar.

Driekwart van zorggroepen betreft patiënten bij de organisatie van de zorggroep

Van de 55 zorggroepen zijn er 41 (74%) die patiënten bij de organisatie van de zorggroep betrekken (zie Tabel 3.8). Tweeënveertig procent van de zorggroepen betreft hierbij de (regionale) patiëntenvereniging en 11% van de zorggroepen beschikt over een cliëntenraad. Ongeveer een kwart van de zorggroepen beschikt over een klachtencommissie. Over een eventuele klachtencommissie in de afzonderlijke huisartspraktijken is geen informatie beschikbaar. Ten opzichte van de 0-meting lijkt de betrokkenheid van patiënten bij zorggroepen te zijn vergroot. Zo bleek uit de 0-meting dat 41% van de zorggroepen de patiënten niet betrok, terwijl de huidige studie laat zien dat dit percentage gedaald is tot 26%. Met name het percentage zorggroepen dat de patiëntenvereniging betreft bij de zorggroep, is toegenomen ten opzichte van de 0-meting (van 24% tot 42%).

Hierbij moet echter worden opgemerkt dat alleen is gevraagd of patiënten betrokken worden bij de organisatie van de zorggroep en niet wat deze betrokkenheid exact inhoudt en waarin deze betrokkenheid heeft geresulteerd. Het blijft daarom vooralsnog nog onduidelijk wat de impact en inhoud is van de betrokkenheid van patiënten bij het besluitvormingsproces over organisatievraagstukken van zorggroepen.

Tabel 3.8: Percentage zorggroepen dat patiënten betreft bij de zorggroep*

	1-meting (N=55)	0-meting (N=37)
Betrokkenheid van patiënten door:	n (%)	n (%)
Patiënten zijn niet betrokken	14 (26)	15 (41)
Betrokkenheid van patiëntenvereniging	23 (42)	9 (24)
De aanwezigheid van een klachtencommissie	13 (24)	10 (27)
De aanwezigheid van een cliëntenraad	6 (11)	3 (8)
Betrokkenheid van regionale patiënten/ consumentenfederatie	5 (9)	5 (14)

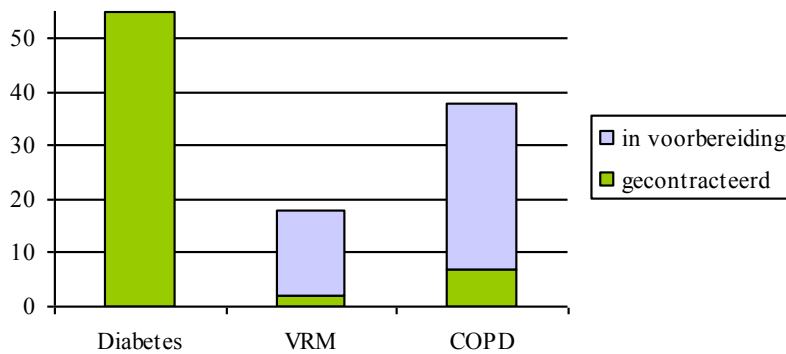
* De respondenten hadden bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen

4 Hoe verloopt de uitrol van zorgprogramma's?

4.1 Welke zorgprogramma's zijn door zorggroepen gecontracteerd?

Alle zorggroepen hebben een zorgprogramma voor diabetes gecontracteerd; zorgprogramma's voor COPD en VRM zijn niet vaak gecontracteerd maar wel vaak in voorbereiding

Alle 55 deelnemende zorggroepen geven aan een keten-dbc voor diabetes te hebben afgesloten met hun preferente zorgverzekeraar (zie Figuur 4.1). Twee zorggroepen geven aan een contract voor VRM te hebben afgesloten en zeven zorggroepen voor het zorgprogramma COPD. Zeventien zorggroepen zijn bezig met voorbereidingen voor het afsluiten van een keten-dbc voor VRM, terwijl nog eens 31 zorggroepen bezig zijn met de voorbereidingen voor het zorgprogramma voor COPD.

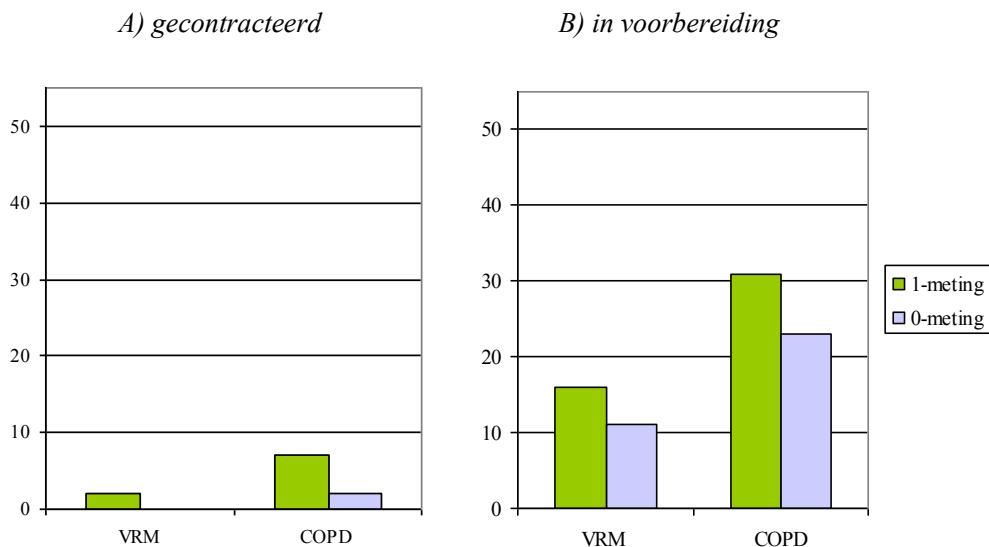


Figuur 4.1: Zorgprogramma's gecontracteerd of in voorbereiding middels een keten-dbc op basis van gegevens 1-meting (N=55)

Ook in de 0-meting waren al veel zorgprogramma's voor VRM en COPD in voorbereiding

Figuur 4.1 laat zien dat veel zorggroepen in de 1-meting een zorgprogramma voor COPD en/of VRM in voorbereiding hebben. Echter: dit was ook al het geval in de 0-meting (zie Figuur 4.2B).

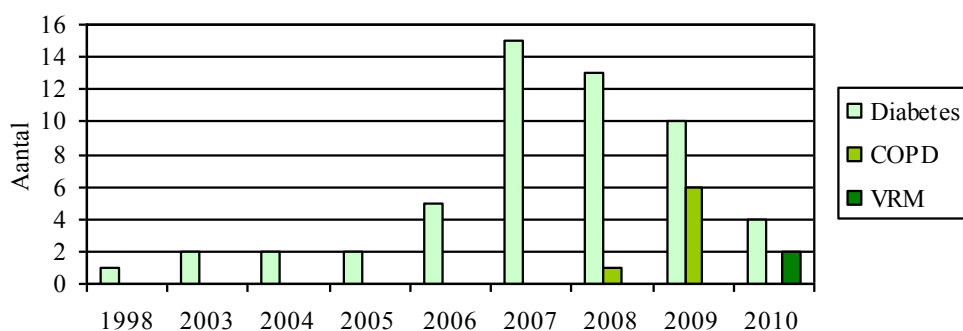
In de 0-meting rapporteerden er nog geen één zorggroep een zorgprogramma voor VRM te hebben gecontracteerd (zie Figuur 4.2A) maar rapporteerden er al wel 11 zorggroepen bezig te zijn met de voorbereidingen hiervan. Voor het zorgprogramma voor COPD rapporteerden twee zorggroepen in de 0-meting een keten-dbc contract te hebben afgesloten en rapporteerden nog eens 23 zorggroepen deze in voorbereiding te hebben. Veel zorggroepen lijken er in de afgelopen twee jaar niet in geslaagd om een keten-dbc contract voor deze zorgprogramma's afgesloten te krijgen.



Figuur 4.2: Zorgprogramma's gecontracteerd (A) en in voorbereiding (B) door zorggroepen tijdens zowel 1-meting als 0-meting (N=55)

Zorgprogramma's voor COPD en VRM zijn later gestart dan zorgprogramma's voor diabetes

Het eerste zorgprogramma voor diabetes is in 1998 gestart. Vanaf 2006 is de invoering van het aantal zorgprogramma's voor diabetes sterk gestegen (zie Figuur 4.3). Tot aan 2007 waren er twaalf diabetes zorgprogramma's geïmplementeerd binnen zorggroepen, terwijl dat er sinds 2007 meer dan 42 zijn. In 2008 is het eerste zorgprogramma voor COPD gestart, waarna er in 2009 zes zorgprogramma's voor COPD volgden. De zorgprogramma's voor VRM zijn pas recentelijk (in 2010) gestart.

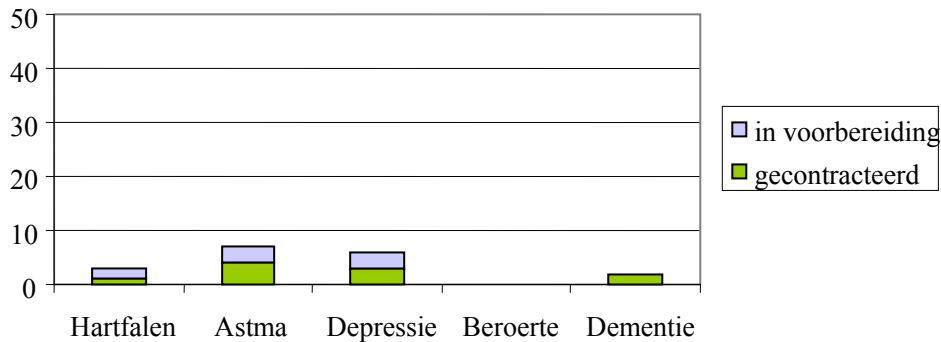


Figuur 4.3: Jaar van start van zorgprogramma's voor diabetes, COPD en VRM (n=54#)

Eén missende waarde

Overige zorgprogramma's zijn nog vrijwel niet gecontracteerd maar ook nog niet in voorbereiding

De zorgprogramma's voor hartfalen, astma, depressie en dementie zijn momenteel beperkt gecontracteerd en zijn ook nog vrijwel niet in voorbereiding (zie Figuur 4.4). Deze zorgprogramma's worden bekostigd op basis van de NZa beleidsregel Innovatie (CV-7000-4.0-3/CA-359) en kunnen op basis hiervan maximaal drie jaar worden bekostigd.



Figuur 4.4: Overige zorgprogramma's gecontracteerd of in voorbereiding door zorggroepen (N=55)

4.2 Zorgprogramma voor diabetes

4.2.1 Wat zijn de algemene kenmerken?

Gemiddeld participeren 76 huisartsen binnen een zorgprogramma voor diabetes

Gemiddeld participeren 76 (mediaan: 62) huisartsen binnen een zorgprogramma voor diabetes (zie Tabel 4.1). Bij 46% van de zorggroepen participeren minder dan 50 huisartsen en bij 29% van de zorggroepen participeren meer dan 100 huisartsen in het zorgprogramma voor diabetes.

Tabel 4.1: Aantal participerende huisartsen in zorgprogramma voor diabetes

	1-meting (N=55)	0-meting (N=37)
Aantal huisartsen	n (%)	n (%)
Gemiddeld	76	77
Mediaan	62	65
Range	2-220	6-220
<50 huisartsen	25 (46)	13 (37)
≥50 en <100 huisartsen	14 (26)	13 (37)
≥100 huisartsen	16 (29)	9 (26)

Gemiddeld participeren ongeveer 5.600 patiënten in het zorgprogramma voor diabetes

Het gemiddeld aantal patiënten dat deelneemt aan het zorgprogramma voor diabetes is 5675 per zorggroep (zie Tabel 4.2). De zorggroep met het kleinste aantal patiënten geeft aan voor ongeveer 200 diabetespatiënten de zorg te coördineren en te leveren, terwijl de zorggroep met het grootste aantal patiënten aangeeft de diabeteszorg voor 20.000 mensen met diabetes te coördineren en te leveren. Bij deze zorggroep zijn 200 huisartsen aangesloten. Het gemiddeld aantal patiënten per zorggroep was in de 0-meting (n=8149) hoger dan het aantal patiënten in de 1-meting (n=5675). Het aantal huisartsen is echter in beide metingen vrijwel gelijk. De reden voor de verschillen in patiëntaantallen tussen deze twee metingen is onduidelijk.

Tabel 4.2: Aantal patiënten in zorgprogramma voor diabetes

	1-meting (n=53*)	0-meting (n=30#)
Aantal patiënten	n (%)	n (%)
Gemiddeld	5675	8149
Mediaan	4600	6000
Range	200-20.000	900-30.000
<1.000 patiënten	3 (6)	1 (3)
≥1.000 en <5.000 patiënten	25 (47)	11 (37)
≥5.000 en <10.000 patiënten	16 (30)	10 (33)
≥10.000 patiënten	9 (17)	8 (27)

* 1-meting: twee missende waarden; # 0-meting: zeven missende waarden

Huisarts en poh belangrijkste zorgverleners in zorgprogramma diabetes

In vrijwel alle zorgprogramma's voor diabetes is zowel de huisarts (100%) als de poh (98%) vertegenwoordigd (zie Tabel 4.3). In ongeveer driekwart van de zorgprogramma's voor diabetes leveren ook diabetesverpleegkundigen en doktersassistenten zorg. Gemiddeld hebben zorggroepen 33 poh's en 62 doktersassistenten gecontracteerd of in loondienst. Opmerkelijk is dat internisten slechts in 65% van de zorgprogramma's van de zorggroepen binnen de keten-dbc worden gecontracteerd. Dit wil overigens niet zeggen dat er niet met internisten wordt samengewerkt. Veelal contracteren zorggroepen een maatschap waarbij het onduidelijk is hoeveel internisten uit deze maatschap daadwerkelijk zorg verlenen binnen het zorgprogramma voor diabetes.

Tabel 4.3: Zorgaanbieders die binnen zorggroep zorg verlenen (gecontracteerd of in loondienst)(N=55)*

	Levert zorg binnen zorggroep?	Gemiddeld aantal	Range
Zorgaanbieder	n (%)		
Huisarts	55 (100)	76	2-220
Poh (praktijkondersteuner huisarts)	54 (98)	33 [†]	2-150 [†]
Diabetesverpleegkundige	41 (76) [†]	5 [†]	1-18 [†]
Doktersassistent	38 (75) [†]	62 [†]	5-200 [†]
Diëtist	38 (69) [†]	10 [†]	1-40 [†]
Internist	34 (65) [†]	4 [†]	1-10 [†]
Oogarts	31 (58) [†]	3 [†]	1-8 [†]
Laboratorium	31 (58) [†]	1 [†]	1-4 [†]

* De respondenten hadden bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen

[†] Afwijkende N door missende waarden

Hoeveel huisartsen participeren er momenteel in een zorggroep met een zorgprogramma voor diabetes?

Op basis van de kerngegevens van de 1-meting (zie Tekstbox 4.1) kan worden berekend dat meer dan 4000 huisartsen participeren in een van de deelnemende zorggroepen van dit onderzoek. Het gemiddeld aantal huisartsen in de non-responderende zorggroepen is onbekend. Om het gemiddeld aantal huisartsen in de non-responderende zorggroepen te schatten, is gebruikgemaakt van de gegevens uit de responderende zorggroepen. Het gemiddeld aantal huisartsen van de responderende zorggroepen is niet normaal verdeeld ('scheve verdeling') en is daardoor geen betrouwbare schatting voor het gemiddeld aantal huisartsen in de non-responderende zorggroepen. Om die reden is gebruikgemaakt van de mediaan (62 huisartsen per zorggroep). Op basis van de mediaan kan worden geschat dat het totaal aantal huisartsen in de niet-responderende zorggroepen 2604 (42 x 62) bedraagt. Het totaal aantal participerende huisartsen in zorggroepen wordt dan geschat op 6784 (4180 + 2604). Het totaal aantal huisartsen in Nederland bedraagt volgens het NIVEL 8783 (Hingstman, 2008), waardoor het geschatte percentage huisartsen dat momenteel participeert in een zorggroep 77% bedraagt.

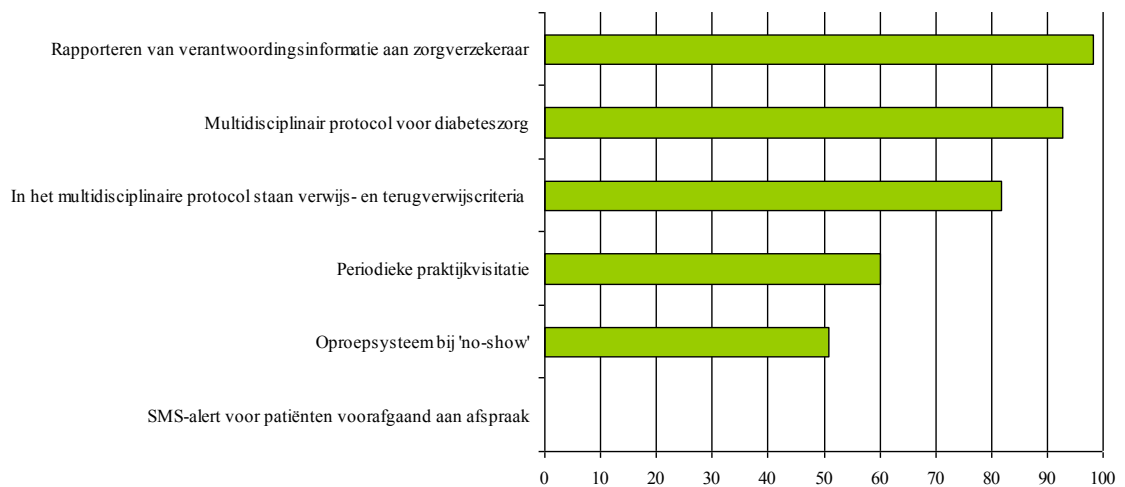
Tekstbox 4.1: Kerngegevens zorggroepen op basis van 1-meting

- aantal zorggroepen in Nederland	: 97
- aantal deelnemende zorggroepen	: 55
- gemiddeld aantal huisartsen in deelnemende zorggroepen	: 76
- mediaan aantal huisartsen in deelnemende zorggroepen	: 62
- aantal participerende huisartsen in deelnemende zorggroepen	: 4180 (76 x 55)

4.2.2 Welke activiteiten worden georganiseerd?

Vrijwel alle zorggroepen rapporteren verantwoordingsinformatie aan zorgverzekeraar

Met uitzondering van één zorggroep verstrekken alle zorggroepen periodieke verantwoordingsinformatie aan de preferente zorgverzekeraar (zie Figuur 4.5). De zorggroep die geen verantwoordingsinformatie rapporteert, is in 2009 gestart met het zorgprogramma voor diabetes en heeft om die reden nog geen verantwoordingsinformatie hoeven te rapporteren. Van de zorggroepen heeft 93% een multidisciplinair protocol ingevoerd, waarin bij 82% van de zorggroepen verwijs- en terugverwijscriteria zijn opgenomen. Innovaties als een SMS-alert voorafgaande aan een periodieke controle, zijn in nog geen van de zorggroepen geïmplementeerd.



Figuur 4.5 Activiteiten door zorggroep binnen het zorgprogramma voor diabetes (N=55)

Veel zorggroepen voorzien zorgverleners van spiegelinformatie; de frequentie varieert

Vijfenvestig zorggroepen (82%) voorzien hun zorgverleners van spiegelinformatie. De frequentie waarmee dit gebeurt, varieert van één keer per jaar (56%) tot één keer per halfjaar (22%) of één keer per kwartaal (13%). De overige 9% geeft aan dit met een andere frequentie aan te bieden. In 61% van de zorggroepen wordt deze spiegelinformatie opgesteld door de zorggroep zelf terwijl 34% dit laat doen door een onafhankelijke partij (bijvoorbeeld universiteit of kenniscentrum). De overige 5% doet dit op een andere manier. Tien zorggroepen (18%) bieden hun zorgverleners (nog) geen spiegelinformatie aan. Van deze tien zorggroepen zijn zes in 2009 of 2010 gestart met het zorgprogramma voor diabetes.

Meeste zorggroepen organiseren bij- en nascholing

Vijftig zorggroepen (91%) organiseren bij- en nascholing. Van de overige vijf zorggroepen die geen bij- en nascholing organiseren zijn er vier recent (in 2009 of 2010) gestart met het zorgprogramma voor diabetes. Bij- en nascholing over insulinetherapie wordt door 80% van de zorggroepen aangeboden. Over de onderwerpen 'ICT-pakket' en 'samenwerkingsafspraken' wordt door respectievelijk 66% en 61% van de zorggroepen bij- en nascholing georganiseerd (zie Tabel 4.4). Zelfmanagement en patiënteneducatie staan laag op de agenda. Bij- en nascholing over deze onderwerpen wordt door respectievelijk 32% en 40% georganiseerd.

Tabel 4.4: Onderwerpen van bij- en nascholing*

Onderwerp	1-meting (n=50 [#])
	n (%)
Insulinetherapie	40 (80)
ICT-pakket	33 (66)
Samenwerkingsafspraken	30 (61)
Diabetes Implementatie Traject (DIT)	20 (40)
Patiënteneducatie	20 (40)
Zelfmanagement	16 (32)

* De respondenten hadden bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen

[#] Dit betreft alleen zorggroepen die bij- en nascholing organiseren

Spiegelinformatie en bij- en nascholing en voornamelijk aangeboden aan huisartsen(praktijken)

De zorggroepen die spiegelinformatie aanbieden, doen dit in alle gevallen aan de huisartsenpraktijken. Ongeveer 13% van de zorggroepen biedt momenteel ook spiegelinformatie aan diëtisten, terwijl 18% van de zorggroepen dergelijke informatie ook aan internisten aanbiedt. De zorggroepen die bij- en nascholing organiseren, doen dit voornamelijk voor huisartsen (98%), poh's (100%) en diabetesverpleegkundigen (56%) (zie Tabel 4.5). In 10% van de zorggroepen wordt bij- en nascholing aangeboden aan oogartsen.

Tabel 4.5: Zorggroepen die bij- en nascholing organiseren en spiegelinformatie aan zorgverleners aanbieden (%)

Zorgaanbieder	Bij- en nascholing (n=50 [#])	Spiegel-informatie (n=45 [#])
	n (%)	n (%)
Huisartsenpraktijk	-	45 (100)
Huisartsen	49 (98)	-
Poh's (praktijkondersteuner huisarts)	50 (100)	-
Doktersassistenten	23 (46)	-
Diabetesverpleegkundigen	28 (56)	-
Diëtisten	15 (30)	6 (13)
Oogartsen	5 (10)	1 (2)
Internisten	8 (16)	8 (18)

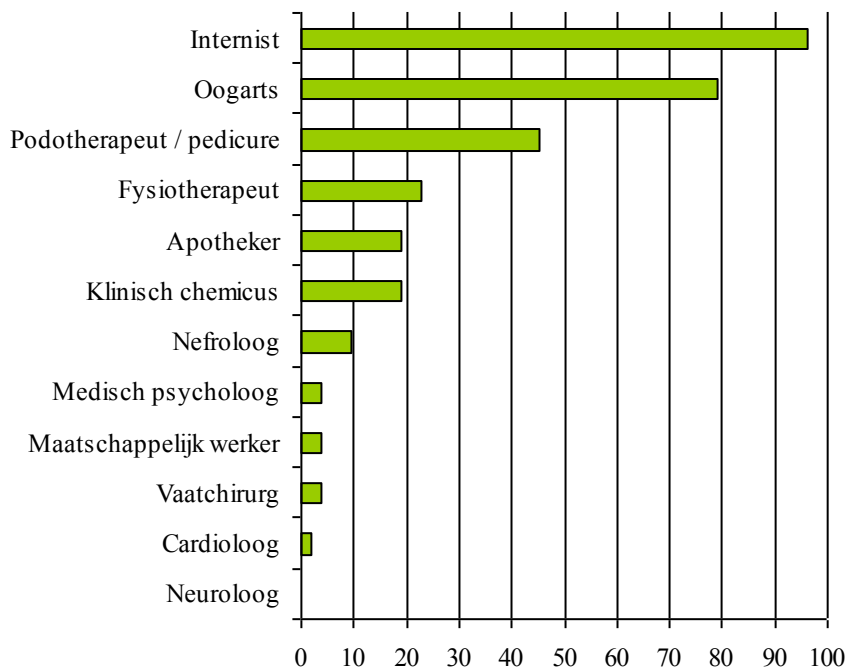
[#] Dit betreft alleen zorggroepen die bij- en nascholing organiseren of spiegelinformatie leveren

Frequent structurele samenwerkingsafspraken met oogarts en internist

Hoewel het uitgangspunt van de NDF Zorgstandaard (NDF, 2007) is dat deze functioneel is omschreven, benoemt de NDF Zorgstandaard wel zorgdisciplines waarmee zorggroepen samenwerkingsafspraken moeten maken: oogartsen, internisten, nefrologen, cardiologen, neurologen, vaatchirurgen, klinisch chemici, apothekers, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, (medisch) psychologen en podotherapeuten en/of pedicures. De meeste zorggroepen hebben samenwerkingsafspraken met internisten (96%) en oogartsen (79%) (zie Figuur 4.6). Ook worden

regelmatig samenwerkingsafspraken met podotherapeuten gemaakt (45%). Slechts een aantal zorggroepen heeft samenwerkingsafspraken met fysiotherapeuten (23%) of apothekers (19%).

De uitkomsten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, aangezien er mogelijk sprake is van een onderrapportage; dit als gevolg van het feit dat de NDF Zorgstandaard functioneel is omschreven en niet aangeeft welke zorgverlener wat moet doen. Als gevolg van taakdelegatie of taakherschikking kunnen met andere zorgdisciplines samenwerkingsafspraken zijn. Zo kunnen er in de praktijk met bijvoorbeeld een huisartsenlaboratorium samenwerkingsafspraken bestaan, dit in plaats van met een klinisch chemicus. Hetzelfde geldt voor samenwerkingsafspraken met een nefroloog/internist.



Figuur 4.6: Samenwerkingsafspraken tussen zorggroepen en zorgaanbieders binnen zorgprogramma voor diabetes (n=53#)

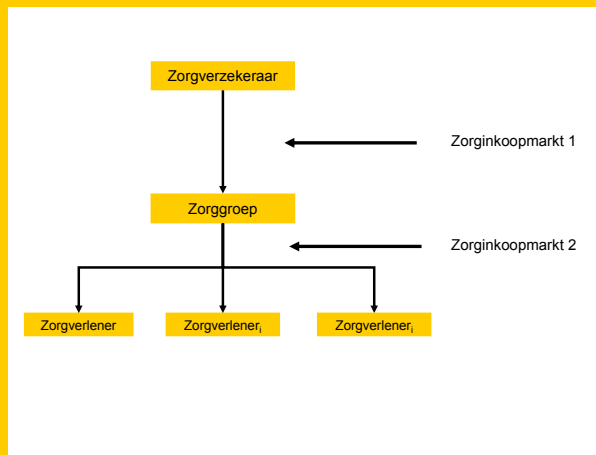
Twee missende waarden

4.2.3 Hoe gaan de onderhandelingen met de zorgverzekeraars en zorgaanbieders?

Tekstbox 4.2: Reguliere zorginkoopmarkt vervangen door twee zorginkoopmarkten

Door de introductie van integrale bekostiging en de hieraan gerelateerde oprichting van zorggroepen, is de reguliere zorginkoopmarkt uit het huidige zorgsysteem vervangen door twee zorginkoopmarkten (zie de figuur hieronder):

- 1) zorginkoopmarkt 1, waar verzekeraars overeenkomsten (het keten-dbc contract) sluiten met de zorggroep;
- 2) zorginkoopmarkt 2, waar de zorggroep overeenkomsten (deelcontracten) sluit met individuele zorgaanbieders of -instellingen.



Onderhandelingen tussen zorggroep en zorgverzekeraar (zorginkoopmarkt 1)

80% van de zorggroepen heeft een contract voor 2010 met preferente verzekeraar...

Tachtig procent (n=44) van de zorggroepen heeft een keten-dbc contract voor het jaar 2010 gesloten voor het zorgprogramma diabetes. De overige zorggroepen hebben in maart 2010 om verschillende redenen nog geen keten-dbc contract met hun preferente zorgverzekeraar gesloten. Een aantal redenen dat werd genoemd: 'de onderhandelingen lopen nog' (n=4), 'zorgverzekeraars leggen een eenzijdig format van het contract op' (n=5), 'onemigheid over tarieven' (n=3), en 'zorgverzekeraar wil alleen onderhandelen als er volledige openheid wordt gegeven over de begroting' (n=2).

...maar slechts 33% van de zorggroepen heeft in maart 2010 een keten-dbc contract afgesloten met alle 'verre' verzekeraars

Achttien van de deelnemende zorggroepen (33%) geven aan dat zij voor 2010 een keten-dbc contract hebben gesloten met alle verre verzekeraars. De redenen waarom de overige 37 zorggroepen nog geen contract hebben afgesloten met alle verre verzekeraars zijn divers. Tien zorggroepen geven aan dat de onderhandelingen nog lopen en de elf zorggroepen die nog geen contract hebben met de preferente verzekeraar hebben ook nog geen keten-dbc contract kunnen sluiten met hun verre verzekeraars aangezien hiervoor een contract met de preferente zorgverzekeraar noodzakelijk is. De overige 16 zorggroepen noemen diverse problemen waarom er nog geen contracten zijn met alle verre

verzekeraars: verre verzekeraar(s) reageren niet op aanbod van zorggroep om te onderhandelen (n=8), verre verzekeraar(s) vinden het tarief te hoog (n=9) en verre verzekeraar(s) willen graag een contract met eigen voorwaarden/ketenafspraken' (n=7) of nog andere redenen (n=3). Twee zorggroepen hebben de reden voor het niet kunnen contracteren niet gespecificeerd.

Inhoud afspraken betreffen afspraken over registratie, rapportage en protocollair werken

Vrijwel alle zorggroepen maken contractuele afspraken met hun preferente zorgverzekeraar over de manier van aanleveren van gegevens over de geleverde zorg (84%) (zie Tabel 4.6). Ook worden de te rapporteren kwaliteitsindicatoren contractueel vastgelegd (78%). Bij 16% van de zorggroepen is contractueel vastgelegd welk percentage van de diabetespatiënten in de eerste lijn moet worden behandeld en welk percentage behandeld mag worden in de tweede lijn. Bij 13 zorggroepen is prestatiebeloning (pay-for-performance) vastgelegd in het keten-dbc contract. Deze beloning is gebaseerd op zowel proces- als op uitkomstindicatoren (n=7), alleen gebaseerd op uitkomstindicatoren (n=3) of alleen gebaseerd op procesindicatoren (n=2). Eén zorggroep heeft deze vraag niet beantwoord.

Tabel 4.6: Inhoud contract zorggroep met zorgverzekeraar*

	1-meting (N=55)
Afspraak in contract	n (%)
De manier van aanleveren van gegevens over de geleverde zorg	46 (84)
Kwaliteitsindicatoren	43 (78)
Poh (praktijkondersteuner huisarts) verplichting	31 (56)
Minimale aantal momenten dat huisarts de diabetespatiënt ziet	30 (55)
Terugbetalen of verrekenen van niet-verleende zorg	19 (35)
Prestatiebeloning (pay for performance)	13 (24)
Kwaliteitseisen aan 'onderaannemers'	13 (24)
Percentage patiënten onder behandeling in 1 ^e lijn en 2 ^e lijn	9 (16)

* De respondenten hadden bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen

Bijna de helft van de zorggroepen is ontevreden of zeer ontevreden over het proces van de contractonderhandeling met preferente zorgverzekeraar

Van de respondenten is 36% ontevreden en 11% zeer ontevreden over het onderhandelingsproces van het keten-dbc contract met de preferente zorgverzekeraar (zie Tabel 4.7).

Over het resultaat zijn de respondenten positiever. Slechts 26% is ontevreden of zeer ontevreden over het resultaat. De rest van de respondenten (74%) is tevreden of zeer tevreden over het resultaat. Er zijn geen grote veranderingen in de tevredenheid over de onderhandelingen met de zorgverzekeraar in vergelijking met de 0-meting.

Tabel 4.7: Tevredenheid over proces en resultaat van de contractonderhandelingen met preferente zorgverzekeraar*

	Proces		Resultaat	
	1-meting (N=55)	0-meting (N=37)	1-meting (n=54 [#])	0-meting (n=36 [#])
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Zeer ontevreden	6 (11)	2 (5)	1 (2)	1 (3)
Ontevreden	23 (42)	17 (46)	13 (24)	7 (19)
Tevreden	20 (36)	14 (38)	34 (63)	25 (69)
Zeer tevreden	6 (11)	4 (11)	6 (11)	3 (8)

* In de 1-meting is gevraagd naar de ervaringen met de preferente zorgverzekeraar, in de 0-meting is gevraagd naar de ervaringen met zorgverzekeraars in zijn algemeenheid

[#] Eén missende waarde

Veel zorggroepen ervaren knelpunten bij de onderhandelingen met verzekeraar

51 zorggroepen van de 55 zorggroepen (93%) ondervond knelpunten bij de onderhandelingen en slechts vier zorggroepen ondervonden geen knelpunten met de zorgverzekeraar (zie Tabel 4.8). Over het geheel genomen lijken de zorggroepen minder vaak de genoemde knelpunten te ervaren. Zo was de onervarenheid van de zorgverzekeraars bij veel zorggroepen in de 0-meting nog een probleem (57%), terwijl dit percentage in de 1-meting is gedaald tot 33%. Eenzelfde daling is waarneembaar voor de eigen ervarenheid in de onderhandeling (daling van 24% in de 0-meting naar 9% in de 1-meting), de administratieve afhandeling met de zorgverzekeraar (daling van 32% in de 0-meting naar 18% in de 1-meting) en de aanvraagprocedure van de NZa tariefsbepaling (daling van 27% in de 0-meting naar 11% in de 1-meting). Daar staat tegenover dat ‘de doorlooptijd van de onderhandelingen’ en ‘weinig onderhandelingsruimte aan de kant van de zorgverzekeraar’ vaker worden genoemd.

Tabel 4.8: Knelpunten in onderhandelingen met zorgverzekeraars*

	1-meting (N=55)	0-meting (N=37)
Knelpunt	n (%)	n (%)
Geen knelpunten	4 (7)	1 (3)
Moeizaam traject/moeizame communicatie/lange doorlooptijd	35 (64)	17 (46)
Verre zorgverzekeraars volgen niet (automatisch)	33 (60)	23 (62)
Weinig onderhandelingsruimte aan de kant van de zorgverzekeraar	31 (56)	16 (43)
Onervarenheid, discontinuïteit en gebrek aan medische kennis aan de kant van de zorgverzekeraar	18 (33)	21 (57)
Administratieve afhandeling met zorgverzekeraar	10 (18)	12 (32)
Aanvraagprocedure tariefsbepaling NZa	6 (11)	10 (27)
Onervarenheid, discontinuïteit en gebrek aan financiële kennis aan de kant van de zorggroep	5 (9)	9 (24)

* De respondenten hadden bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen

Onderhandelingen tussen zorggroep en zorgaanbieders (zorginkoopmarkt 2)

Inhoud afspraken betreffen afspraken over registratie, rapportage en protocollair werken

Vrijwel alle zorggroepen maken contractuele afspraken met hun 'onderaannemers' over de te registreren en rapporteren gegevens (96%) (zie Tabel 4.9). Ook wordt het protocollair werken bij 76% van de zorggroepen contractueel vastgelegd. Bij- en nascholing wordt in nog niet de helft van de zorggroepen contractueel vastgelegd en voorwaarden voor continuïteit wordt maar bij een derde van de zorggroepen opgenomen in de contracten.

Tabel 4.9: Inhoud van de contracten tussen zorggroep en 'onderaannemers'*

	1-meting (n=50#)
Afspraak in contract	n (%)
Rapporteren en registeren	48 (96)
Protocollaire werkwijze	38 (76)
Bij- en nascholing	22 (44)
Voorwaarden op het gebied van continuïteit	19 (38)
Wachttijden of toegangstijden tot de zorg	15 (30)
Visitatie	14 (28)
Wat te doen bij 'no-show'	14 (28)
Wat te doen als hoofdcontractant niet kan declareren	12 (24)

* De respondenten hadden bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen

Vijf missende waarden

Zorggroepen positief over contractonderhandelingen met 'onderaannemers'

Van de zorggroepen is 93% tevreden of zeer tevreden over het proces van de contractonderhandelingen met de zorgaanbieders (zie Tabel 4.10). Over het resultaat zijn de respondenten zelfs nog meer tevreden; 96% is tevreden of zeer tevreden over het resultaat van de contractonderhandelingen met de onderaannemers. Onbekend is of deze tevredenheid van de zorggroepen ook door de onderaannemers van de zorggroepen wordt ervaren. Hierover is geen informatie beschikbaar. Desgevraagd geven 23 zorggroepen (42%) aan knelpunten te ervaren tijdens de onderhandelingen met hun onderaannemers (niet weergegeven in Tabel of Figuur). Het meest frequent worden de onderhandelingen met diëtisten genoemd (n=11). Ook geven de zorggroepen aan knelpunten te ervaren met internisten (n=7) en oogartsen (n=5).

Tabel 4.10: Tevredenheid over proces en resultaat van de contractonderhandelingen met preferente 'onderaannemers'

	Proces (n=54#)	Resultaat (n=54#)
	n (%)	n (%)
Zeer ontevreden	0 (0)	0 (0)
Ontevreden	4 (7)	2 (4)
Tevreden	40 (74)	41 (76)
Zeer tevreden	10 (19)	11 (20)

Eén missende waarde

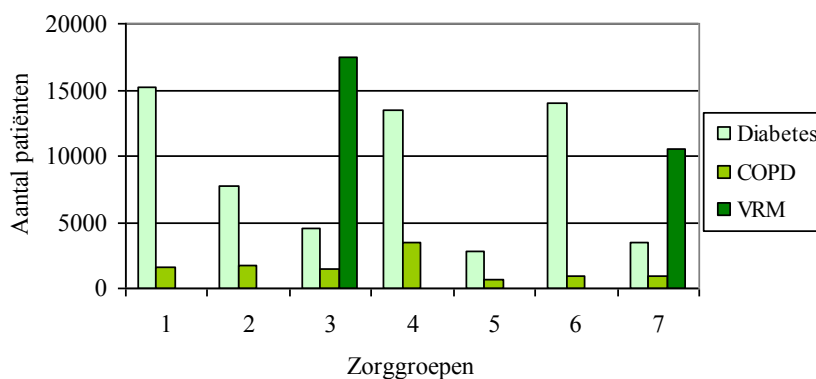
4.3 Zorgprogramma's voor COPD en vasculair risicomanagement (VRM)

Ongeveer 13% (n=7) van de zorggroepen heeft een zorgprogramma voor COPD en/of VRM gecontracteerd. In alle zorggroepen betreft dit een zorgprogramma voor COPD. Twee zorggroepen hebben daarnaast nog een zorgprogramma voor VRM. Deze paragraaf beschrijft de zorgprogramma's voor COPD en VRM van deze zeven zorggroepen. Waar mogelijk wordt een vergelijking gemaakt met de zorgprogramma's voor diabetes.

4.3.1 Wat zijn de algemene kenmerken?

Veruit meeste patiënten in zorgprogramma VRM

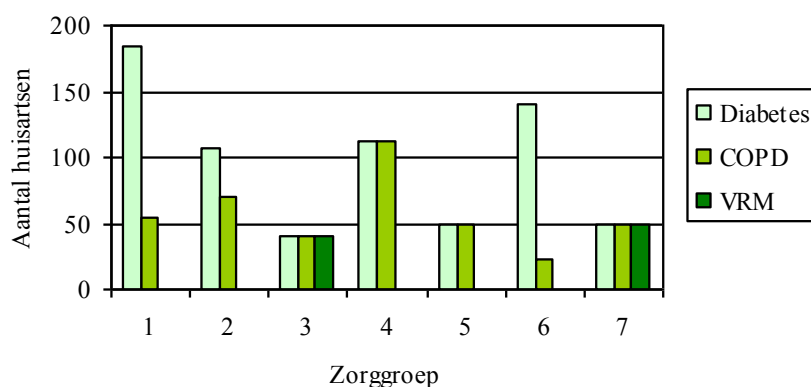
Figuur 4.7 presenteert het aantal patiënten in de zorgprogramma's voor diabetes, COPD en VRM, uitgesplitst naar corresponderende zorggroep. Hoewel er maar twee zorggroepen momenteel een zorgprogramma voor VRM hebben gecontracteerd, lijkt het er op dat het aantal patiënten in het zorgprogramma voor VRM een veelvoud betreft van het aantal patiënten in het zorgprogramma voor diabetes. Het aantal participerende patiënten in de zorgprogramma's voor VRM bedraagt in beide gevallen meer dan 10.000, terwijl het aantal participerende patiënten in het zorgprogramma voor diabetes bij deze twee zorggroepen 3500 en 4600 bedraagt. Het gemiddeld aantal participerende patiënten in de zorgprogramma's voor COPD is juist weer lager (n= 1554) in vergelijking met het gemiddeld aantal patiënten in een zorgprogramma voor diabetes (n= 8771).



Figuur 4.7: Aantal patiënten per zorgprogramma per zorggroep (van zorggroepen met meer dan één keten-dbc) (n=7)

In bijna helft van de zorggroepen varieert het aantal participerende huisartsen per zorgprogramma

Bij vier van de zeven zorggroepen is het aantal huisartsen dat participeert in de verschillende zorgprogramma's gelijk (zie Figuur 4.8), terwijl bij de overige drie zorggroepen het aantal participerende zorggroepen per zorgprogramma varieert. Van deze drie zorggroepen rapporteert er één problemen te ondervinden met het contracteren van huisartsen. De twee andere zorggroepen geven aan zich nog in een pilot fase te bevinden. Bij de drie van de vier zorggroepen waar het aantal huisartsen in de verschillende zorgprogramma's identiek is, wordt een verplichting tot deelname aan alle zorgprogramma's gehanteerd als toetredingseis voor participatie in de zorggroep.



Figuur 4.8: Aantal huisartsen per zorgprogramma per zorggroep (van zorggroepen met meer dan één keten-dbc) (n=7)

4.3.2 Welke activiteiten worden georganiseerd?

Activiteiten binnen zorgprogramma voor COPD en VRM komen sterk overeen met activiteiten zorgprogramma voor diabetes

De activiteiten die de zorggroepen verrichten komen sterk overeen bij de verschillende zorgprogramma's (zie Tabel 4.11). Alle zorggroepen voorzien hun zorgverleners van spiegelinformatie binnen zowel het zorgprogramma voor diabetes, COPD als voor VRM. Hetzelfde geldt voor het verstrekken van verantwoordingsinformatie aan hun preferente zorgverzekeraar en het hebben van een multidisciplinair protocol. De verschillen tussen de zorgprogramma's betreffen het hebben van een oproepsysteem bij 'no show' en het organiseren van periodieke praktijkvisitaties.

Tabel 4.11: Georganiseerde activiteiten per zorgprogramma (van zorggroepen met meer dan één keten-dbc) (n=7)

	Diabetes n=7	COPD n=7	VRM n=2
Activiteit	n	n	n
Rapporteren van verantwoordingsinformatie aan zorgverzekeraar	7	7	2
Oproepsysteem bij 'no-show'	7	4	2
SMS-alert voor patiënten voorafgaand aan afspraak	0	0	0
Multidisciplinair protocol (op zorggroepniveau)	7	7	2
In het multidisciplinaire protocol staan verwijs- en terugverwijscriteria	7	7	2
Periodieke praktijkvisitatie	6	5	2
Bij- en nascholing	7	7	2
Spiegelinformatie	7	7	2

4.3.3 Leidt het contracteren van meerdere zorgprogramma's tot aanpassingen in rechtsvorm en contracten?

Contracteren van meerdere zorgprogramma's leidt in bijna helft van de zorggroepen tot aanpassing van de juridische structuur

Het contracteren van meerdere zorgprogramma's heeft bij drie zorggroepen geleid tot een aanpassing van hun juridische entiteit. Eén zorggroep heeft voor elk zorgprogramma een additionele rechtsvorm opgericht terwijl een andere zorggroep een aparte bv heeft opgericht waarbinnen alle zorgprogramma's worden uitgevoerd. De derde zorggroep heeft wel aangegeven zijn organisatie/rechtsvorm te hebben aangepast, maar heeft dit niet gespecificeerd. Bij de overige vier zorggroepen is geen verandering opgetreden in de rechtsvorm. De rechtsvormen van deze zorggroepen betrof in drie gevallen een bv en in één zorggroep een combinatie van een bv en een stichting.

Additionele afspraken voor patiënten die in meerdere zorgprogramma's participeren

Vier zorggroepen geven aan dat er afspraken zijn gemaakt met de zorgverzekeraar over patiënten die in meerdere zorgprogramma's participeren. In twee zorggroepen beperken deze additionele afspraken zich tot de exclusie van diabetespatiënten in het VRM-programma én vice versa. In de andere twee zorggroepen betreffen deze additionele afspraken een korting op de overheadkosten, een vergoeding in de aanloopkosten voor het nieuwe zorgprogramma en een korting op de poh-gelden.

5 Beschouwing

Als gevolg van de experimentele invoering van integrale bekostiging in de periode 2007 tot en met 2009 zijn er in Nederland diverse zorggroepen opgericht. Omdat zorggroepen nog relatief nieuwe spelers zijn in het gezondheidszorgsysteem, zijn zij vaak nog volop in ontwikkeling. Dit rapport geeft inzicht in de huidige stand van zaken binnen zorggroepen en in de ontwikkelingen in de afgelopen jaren.

In dit hoofdstuk worden allereerst de resultaten samengevat (paragraaf 5.1). Deze worden vervolgens in een breder perspectief geplaatst (paragraaf 5.2). Daarnaast geven we aan welke kanttekeningen kunnen worden geplaatst bij de gebruikte onderzoeksmethoden (paragraaf 5.3). Het hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen voor beleid en toekomstig onderzoek (paragraaf 5.4).

5.1 Belangrijkste resultaten

Geen grote organisatorische veranderingen in zorggroepen; huisartsen blijven belangrijk(st)e spelers

Uit het huidige onderzoek blijkt dat ten opzichte van de 0-meting geen grote veranderingen zijn opgetreden in de organisatie van zorggroepen. Zowel de 0-meting als de 1-meting laat zien dat het merendeel van de zorggroepen (83%) monodisciplinair is en uitsluitend uit huisartsen bestaat. Ook zijn er weinig veranderingen gevonden in (de omvang van) het ondersteunend personeel en de gehanteerde toetredingseisen. Wel lijkt het erop dat vaker wordt gekozen voor een bv als rechtsvorm, in vergelijking met de 0-meting. Ten aanzien van het gebruik van ICT-systemen, de invoering van bij- en nascholing en spiegelinformatie, is geen vergelijking met de 0-meting mogelijk aangezien hier destijds geen gegevens over zijn verzameld.

Nog geen landelijke uitrol integrale bekostiging van zorgprogramma's voor COPD en VRM

Alle deelnemende zorggroepen hebben een zorgprogramma voor diabetes ingevoerd en bekostigd via een keten-dbc contract. De landelijke uitrol van de keten-dbc's voor de zorgprogramma's voor COPD en vasculair risicomangement (VRM) lijkt echter moeizaam op gang te komen. Hoewel er in 2008 23 zorggroepen een zorgprogramma voor COPD in voorbereiding hadden, hebben in 2010 zes deelnemende zorggroepen daadwerkelijk een keten-dbc contract voor COPD gesloten. Hetzelfde geldt voor het zorgprogramma voor VRM; hiervoor hadden er 11 zorggroepen in 2008 een zorgprogramma in voorbereiding maar rapporteren er nu twee zorggroepen hiervoor een keten-dbc contract te hebben afgesloten. Geconcludeerd kan worden dat veel zorggroepen er in de afgelopen twee jaar niet in zijn geslaagd om deze zorgprogramma's middels een keten-dbc gecontracteerd te krijgen.

Patiënten lijken meer betrokken te worden bij organisatie van zorggroepen

Uit de 0-meting werd geconcludeerd dat patiënten te weinig bij de organisatie van zorggroepen waren betrokken (De Wildt en Leusink, 2008). Deze conclusie werd bevestigd door de RIVM-evaluatie naar de invoering van de keten-dbc diabetes (Struijs et al., 2009). De huidige resultaten laten een toename zien in de mate waarin patiënten bij de organisatie van zorggroepen worden betrokken. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat alleen is gevraagd of patiënten worden betrokken bij de organisatie van de zorggroep en niet wat deze betrokkenheid exact inhoudt en waarin deze betrokkenheid heeft

geresulteerd. Het blijft daarom nog onduidelijk wat de impact en inhoud van de betrokkenheid van patiënten zijn bij het besluitvormingsproces over organisatievraagstukken van zorggroepen.

ICT is knelpunt voor het geïntegreerd leveren van zorg

Veel zorggroepen ervaren belemmeringen op het gebied van ICT: tweederde van de zorggroepen ervaart problemen met verschillende huisartsinformatiesystemen (HIS-sen) en bijna de helft ervaart knelpunten in de uitwisseling van informatie tussen de 1^e en 2^e lijn. Het aantal knelpunten lijkt niet afgenomen te zijn sinds de 0-meting. Om aan de toenemende informatiebehoefte van alle relevante partijen te kunnen voldoen, heeft een derde van de zorggroepen een keteninformatiesysteem (KIS) geïmplementeerd. Vooralsnog lijkt het er echter op dat ook een KIS nog niet voldoet aan de volledige informatiebehoefte van zorggroepen. Driekwart van de zorggroepen met een KIS geeft aan ICT-problemen te ervaren.

Tevredenheid over resultaat, ontevredenheid over proces van onderhandelingen met zorgverzekeraars

Het merendeel van de zorggroepen is tevreden over het *resultaat* van de onderhandelingen met de preferente zorgverzekeraar (zorginkoopmarkt 1), maar bijna de helft van de zorggroepen is (zeer) ontevreden over het *onderhandelingsproces*. Daarnaast wordt ten aanzien van het contracteren van de verre verzekeraars door een groot aantal zorggroepen knelpunten gemeld. De meest genoemde knelpunten zijn het niet reageren door verzekeraars en het niet willen ‘volgen’ van het contract met preferente zorgverzekeraar. Dit vanwege óf de hoogte van het tarief óf het niet eens zijn met de inhoudelijke afspraken van deze contracten.

Grote tevredenheid over zowel onderhandelingsresultaat als -proces met onderaannemers

Zorggroepen zijn (zeer) tevreden over de onderhandelingen met hun ‘onderaannemers’ (zorginkoopmarkt 2), zowel over het onderhandelingsproces als over het onderhandelingsresultaat. Slechts in een aantal gevallen worden knelpunten bij de onderhandelingen met de diëtisten, internisten en oogartsen ervaren. Onbekend is of deze tevredenheid van de zorggroep ook door de onderaannemers van de zorggroep wordt ervaren. Een vergelijking met de 0-meting ten aanzien van de onderhandelingen met de onderaannemers is niet mogelijk, aangezien hier destijds geen gegevens over zijn verzameld.

Zelfmanagement wordt nog door weinig zorggroepen opgepakt

Bij- en nascholing voor zorgverleners op het gebied van zelfmanagement wordt nog door weinig zorggroepen georganiseerd (zie Tabel 4.4). Bij een aantal zorggroepen met een KIS zijn echter wel stappen gezet om de betrokkenheid van de patiënt bij zijn individuele zorgproces te vergroten. Bij acht zorggroepen heeft de patiënt zonder tussenkomst van zorgverleners via internet toegang tot zijn eigen zorgdossier, waarbij ook de mogelijkheid bestaat om zelf gegevens toe te voegen. Hierbij bestaat ook de mogelijkheid om als patiënt zélf gegevens toe te voegen. Over het algemeen wordt aangenomen dat deze toenemende ICT-mogelijkheden voor de patiënt belangrijke randvoorwaarden vormen voor het goed kunnen vervullen van zelfmanagement.

5.2 Resultaten in perspectief

Resultaten zijn een 'momentopname' in een complex transitietraject

De vragenlijsten zijn in maart 2010 onder alle zorggroepen verspreid. Als echter de verspreiding van de vragenlijsten een halfjaar later had plaatsgevonden, hadden de resultaten voor met name de zorgprogramma's voor COPD er waarschijnlijk heel anders uitgezien. Dit omdat veel zorggroepen hebben aangegeven dat het keten-dbc contract voor het zorgprogramma COPD binnen enkele maanden zal ingaan. Deze ontwikkeling mag niet los worden gezien van de structurele invoering van integrale bekostiging van COPD-zorg per 1 juli 2010. De resultaten van dit rapport moeten dan ook worden gezien vanuit het perspectief van jonge 'lerende' organisaties, die zich middenin een complex transitietraject bevinden van de bestaande bekostigingssystematiek naar een nieuwe manier van (integraal) bekostigen van de chronische zorg.

Oplossing multimorbiditeitsvraagstuk in zicht of verder weg dan ooit?

Momenteel wordt door zorggroepen getracht om naast het zorgprogramma voor diabetes ook de zorgprogramma's voor VRM en COPD uit te rollen. Daarnaast wordt door VWS nagedacht over de mogelijkheden van invoering van integrale bekostiging van de zorg voor artrose, astma, CVA, depressie, hartfalen en obesitas (NZa, 2010a). Het invoeren van meerdere zorgprogramma's heeft mogelijk gevolgen voor de patiënten met meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit). Dit onderzoek laat zien dat de invoering van meerdere keten-dbc's in een aantal gevallen heeft geleid tot een aanpassing van de juridische structuur. In een enkel geval leidde deze verandering tot een combinatie van verschillende rechtsvormen, waarbij de verschillende zorgprogramma's werden uitgevoerd door afzonderlijke rechtspersonen/zorggroepen. De reden van het oprichten van meerdere rechtspersonen is de spreiding van de financiële risico's. Het gevolg hiervan is dat multimorbide patiënten voor hun chronische zorg bij meerdere zorggroepen 'in zorg' zijn. Onduidelijk is in hoeverre de patiënten zélf wordt geïnformeerd over het 'in zorg' zijn bij meerdere zorggroepen. De vraag rijst of het invoeren van een toenemend aantal zorgprogramma's en de in complexiteit toenemende combinatie van rechtspersonen van zorggroepen beperkingen zal gaan opleveren voor het geïntegreerd leveren van complexe zorg aan mensen met meerdere chronische aandoeningen. Ook is onduidelijk in hoeverre de huidige ICT-systemen in staat zullen zijn om aan de informatiebehoefte van alle stakeholders te kunnen voldoen. Wat deze constructies voor de (kwaliteit van de) feitelijke zorgverlening van mensen met multimorbiditeit betekent, is vooralsnog onduidelijk.

Uitrol keten-dbc's belemmerd

Op basis van het huidige onderzoek kan worden gesteld dat zorgprogramma's voor andere chronische aandoeningen dan diabetes nog niet op grote schaal zijn uitgerold en gecontracteerd. Voor het niet kunnen contracteren van zorgprogramma's zijn een aantal mogelijke verklaringen aan te dragen. Als gevolg van het gebrek aan bewijs over de eventuele positieve effecten van integrale bekostiging en de onduidelijkheden in de zorgstandaarden, bestaat er bij zorgverzekeraars terughoudendheid om keten-dbc contracten af te sluiten.

Daarnaast bestaan er onduidelijkheden in de uitgangspunten en randvoorwaarden van zorgstandaarden die het contracteren van zorgprogramma's via keten-dbc's mogelijk belemmeren (Struijs et al., 2010). De zorgstandaarden zijn de basis van het model van integrale bekostiging, maar deze leveren nog

diverse onduidelijkheden op, zoals het doel van de zorgstandaard. Volgens het Coördinatieplatform Zorgstandaarden beoogt een zorgstandaard *optimale* zorg voor mensen met een chronische aandoening te bevorderen, terwijl het platform in haar definitie aangeeft dat een zorgstandaard de normen voor *goede* zorg omschrijft. Als daarnaast wordt gekeken naar de uitwerking van zorgstandaarden en de hierbij opgestelde prestatie-indicatoren, lijken in een aantal gevallen de minimale kwaliteitseisen van de zorg te worden beschreven. Zo dient bijvoorbeeld de BMI volgens de prestatie-indicatoren geformuleerd in de NDF Zorgstandaard slechts één keer per jaar te worden bepaald, terwijl de NHG standaard een frequentie van vier keer per jaar voorschrijft. De discrepantie tussen het doel van de zorgstandaard en de uitwerking van de zorgstandaard in prestatie-indicatoren leidt ertoe dat er mogelijk voor een aantal onderdelen van de zorg een minimum wordt gecontracteerd in plaats van de beoogde optimale zorg. Ondanks het feit dat het Coördinatieplatform Zorgstandaarden eenduidigheid heeft proberen te scheppen ten aanzien van het doel en de inhoud van de zorgstandaard, blijft de fundamentele vraag ‘wat beoogt een zorgstandaard’ bestaan. Deze fundamentele keuze heeft grote gevolgen voor de inhoud en de uitwerking van zorgstandaarden. Vanuit het oogpunt van de kwaliteit en toegankelijkheid, is uiteraard optimale zorg gewenst maar vanuit het oogpunt van betaalbaarheid is wellicht eerder het beschrijven van de minimale kwaliteitseisen gewenst (Struijs et al., 2010). Het draagvlak voor het vaststellen van zorgstandaarden is momenteel in het ‘veld’ ook onvoldoende en is tot nu toe steeds een langdurig traject gebleken.

(Te) sterke onderhandelingspositie van zorggroepen: alleen theorie of ook in praktijk?

De invoering van integrale bekostiging en als gevolg hiervan de oprichting van zorggroepen, gaan gepaard met risico’s op het gebied van mededinging (Varkevisser et al., 2009); dit aangezien er in veel regio’s maar één zorggroep is opgericht en er geen sprake is van ‘concurrentiedruk’. Deze machtspositie van zorggroepen is op zichzelf geen probleem, maar het *misbruik* van deze machtspositie wel. Onduidelijk is in hoeverre er in de praktijk nu wel of niet misbruik wordt gemaakt van deze sterke onderhandelingspositie van de zorggroep. Het volgen van de huidige ontwikkelingen ten aanzien van de onderhandelingspositie van zorggroepen is vanuit het belang van de consument/patiënt gewenst.

Het naleven van zorgstandaarden mogelijk zonder integrale bekostiging?

Dit onderzoek laat zien dat er voor VRM en COPD vooralsnog op beperkte schaal zorgprogramma’s worden ingevoerd en gecontracteerd. Onduidelijk is in hoeverre zorggroepen in staat zijn om de in de zorgstandaarden omschreven zorg te kunnen realiseren zonder dat zij hiervoor een keten-dbc contract hebben. Als zorggroepen niet in staat zijn deze kwaliteit van de zorg te realiseren binnen de integrale bekostigingssystematiek, rijst de vraag in hoeverre zorgverzekeraars hun zorgplicht voldoende nakomen. Deze zorgplicht houdt in dat zij hun verzekerden voldoende, bereikbare en kwalitatief goede zorg garanderen (NZa, 2010b). De zorginkoop is hierbij een belangrijk middel. Centrale vraag is of de verzekerde met een chronische aandoening binnen de bestaande bekostigingssystematiek wel voldoende (vergoeding van) zorg krijgt waar hij recht op heeft.

5.3 Reflectie op onderzoeksmethoden

Alle zorggroepen geïncludeerd?

Voor het samenstellen van de adressenlijst van zorggroepen zijn diverse bronnen (onder andere NZa, LVG, LHV Ketenzorgadviesgroep, websites zorgverzekeraars, het ‘informele’ netwerk van de onderzoekers) gebruikt. We denken hiermee een vrij compleet overzicht te hebben gekregen van alle zorggroepen in Nederland. Echter, omdat er geen officieel volledig en correct overzicht van alle bestaande zorggroepen in Nederland voorhanden is waarvan wij gebruik konden maken en omdat er zorggroepen zijn die pas recentelijk zijn opgericht, is het mogelijk dat een aantal zorggroepen niet in ons adressenbestand is opgenomen. Als gevolg hiervan hebben zij geen uitnodiging voor deelname aan ons onderzoek ontvangen. De verwachting is echter dat het aantal ontbrekende zorggroepen in ons adressenbestand beperkt is, zodat het gevolg hiervan voor de gepresenteerde resultaten gering is.

Gemiddelde respons op vragenlijst

Om een zo hoog mogelijke respons te krijgen op onze vragenlijst, hebben wij na de verzending van de vragenlijst een herinneringsbrief verstuurd aan alle zorggroepen die niet hadden gereageerd. Als zorggroepen drie weken na het verzenden van de herinneringsbrief nog niet hadden gereageerd, hebben we deze nagebeld of ge-e-mailed (afhankelijk van de beschikbare contactgegevens) met de vraag of zij alsnog de vragenlijst wilden invullen. Onze inspanningen hebben er uiteindelijk in geresulteerd dat 57% van alle aangeschreven zorggroepen een vragenlijst heeft ingevuld en geretourneerd aan het RIVM. Dit kan als een gemiddelde respons worden beschouwd. Het is onduidelijk in hoeverre de gepresenteerde gegevens generaliseerbaar zijn naar alle zorggroepen in Nederland. Er dient altijd rekening worden gehouden met de mogelijkheid van selectiebias. Mogelijk hebben vooral die zorggroepen gereageerd die positief zijn over alle ontwikkelingen binnen hun zorggroep of die al ver zijn gevorderd in het organiseren van hun zorggroep. Hiermee hebben we dus wellicht een vertekend beeld gekregen van de werkelijke stand van zaken binnen zorggroepen. Gezien echter het feit dat meer dan de helft van de zorggroepen heeft deelgenomen aan ons onderzoek, lijkt de kans hierop beperkt.

Vragenlijstonderzoek op basis van zelfrapportage leidt mogelijk tot systematische vertekening van resultaten

De gepresenteerde gegevens in dit rapport zijn zelfgerapporteerd. Een nadeel van een onderzoek op basis van zelfgerapporteerde gegevens is het risico van een systematische vertekening van de resultaten als gevolg van het sociaal wenselijk antwoorden. Het aantal vragen in de vragenlijst echter waarbij respondenten een sociaal wenselijk antwoord konden geven, was beperkt, waardoor de eventuele vertekening van de resultaten beperkt zal zijn. Voorzichtigheid bij de interpretatie van de resultaten blijft echter geboden bij een onderzoek met zelfgerapporteerde gegevens.

Vergelijking met resultaten 0-meting zorggroepen lastig als gevolg van twee cross-sectionele metingen

De in dit rapport gepresenteerde resultaten zijn waar mogelijk vergeleken met de resultaten van het rapport ‘nulmeting zorggroepen’ (De Wildt en Leusink, 2008) om na te kunnen gaan welke ontwikkelingen de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden. Echter als gevolg van twee cross-sectionele metingen en het feit dat na de gegevensverzameling ten tijde van de 0-meting diverse nieuwe zorggroepen zijn opgericht, komen de zorggroepen die deelnamen aan het huidige onderzoek niet

volledig overeen met de zorggroepen die deelnamen aan de 0-meting. Het is daarom niet mogelijk om na te gaan of eventuele verschillen tussen de 0-meting en de 1-meting kunnen worden verklaard door veranderingen in de tijd of door verschillen in de deelnemende zorggroepen.

5.4 Aanbevelingen

Coördinatie van onderzoek naar zorggroepen en integrale bekostiging wenselijk

Voor het huidige onderzoek retourneerde 57% van de benaderde zorggroepen een vragenlijst naar het RIVM. Gedurende de belronde onder non-responderende zorggroepen werd meerdere keren aangegeven dat moet worden gewaakt voor een bepaalde vorm van ‘onderzoeksmoeheid’ onder zorggroepen. Deze onderzoeksmoeheid kan mogelijk de gemiddelde respons verklaren. Om een verdergaande ‘onderzoeksmoeheid’ tegen te gaan, is het van belang dat toekomstig onderzoek bij zorggroepen beter wordt gecoördineerd en dat waar mogelijk onderzoeksgegevens worden hergebruikt in verschillende onderzoeken, zodat zorggroepen en hun zorgverleners niet onnodig worden belast.

Up-to-date overzicht van zorggroepen wenselijk

Ondanks de belangrijke positie die zorggroepen hebben ingenomen in de zorg voor chronische zieken, is er momenteel geen (volledig en correct) overzicht van bestaande zorggroepen beschikbaar. Als gevolg van het ontbreken hiervan is tijdens dit onderzoek veel tijd en energie gestoken in het opstellen van een correct en volledig adressenbestand. Gezien het toenemende belang van de rol van zorggroepen lijkt het hebben van een up-to-date overzicht van zorggroepen voor meerdere organisaties/instanties wenselijk. Deze instanties betreffen onder andere de zorggroepen zelf (benchmarking), de NZa (wettelijke taak op gebied van marktmacht), de NMa (mededinging), de IGZ (veiligheid), het ministerie van VWS (onderzoek en beleid).

Transparantie in effecten op kwaliteit en doelmatigheid van zorg is een belangrijke randvoorwaarde voor succesvolle uitrol integrale bekostiging

Alhoewel integrale bekostiging per 1 januari 2010 structureel is ingevoerd, zijn de effecten hiervan op de kwaliteit van de zorg vooralsnog onbekend (Struijs et al., 2009). Ook de effecten op de macrokosten van de zorg zijn onbekend (CPB, 2009; Struijs et al., 2009). Inzicht in de effecten van integrale bekostiging op de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg is noodzakelijk. Alleen dan zal het mogelijk zijn om over enkele jaren gefundeerde uitspraken te kunnen doen over in hoeverre de doelstellingen van integrale bekostiging (het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor chronisch zieken) daadwerkelijk zijn bewerkstelligd. Hiervoor is een grootschalig monitoringsproject noodzakelijk, dit vereist een gezamenlijke inspanning van zowel zorggroepen, overheid als zorgverzekeraars

Onderzoek naar effectiviteit van taken/activiteiten van zorggroepen

Uit de resultaten van het huidige onderzoek blijkt dat er verschillende opvattingen bestaan over welke taken wel en welke taken niet tot de verantwoordelijkheid van een zorggroep behoren. Voor veel van de huidige taken en activiteiten van een zorggroep is de evidence hiervan op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg, als ook op de patiënttevredenheid, nog niet veelvuldig aangetoond. Onderzoek hiernaar lijkt wenselijk. Een belangrijk onderwerp hierbij betreft het experimenteren, onderzoeken en implementeren van effectieve zelfmanagement interventies.

Aandacht voor de (on)mogelijkheden van nieuwe zorggroepen waarvan huisartsen geen deel uitmaken
Uit zowel de 0-meting zorggroepen, de RIVM-evaluatie ‘Experimenteren met de keten-dbc’ als de huidige 1-meting komt naar voren dat de meeste zorggroepen monodisciplinair zijn en bestaan uit huisartsen. Momenteel wordt echter ook door andere zorgdisciplines (onder andere fysiotherapeuten en apothekers) nagedacht over de vorming van monodisciplinaire zorggroepen die in de toekomst als hoofdcontractant kunnen gaan functioneren bij de eventuele invoering van nieuwe zorgprogramma’s. Veel van deze disciplines functioneren nu al als ‘onderaannemer’ van de zorggroep en een aantal stelt zich proactief op om als hoofdcontractant te gaan functioneren bij de uitrol van nieuwe zorgprogramma’s, zoals de beweegkuur en het zorgprogramma voor obesitas. Inzicht in hoeverre deze ontwikkeling van nieuwe varianten van zorggroepen zich zal doorzetten en in hoeverre hierbij aandacht is voor de afstemming met de huidige ‘huisartsen’-zorggroepen, lijkt wenselijk.

Op weg naar een 2-meting zorggroepen?

Gezien het belang van integrale bekostiging in het huidige VWS-beleid en de cruciale rol die zorggroepen hierin spelen, is het van belang de ontwikkelingen van zorggroepen nauwlettend te blijven volgen – zeker gezien de mogelijke verdere uitrol van keten-dbc’s en de nieuwe vraagstukken die het verlenen van zorg bekostigd door meerdere keten-dbc’s met zich meebrengt. Het is van belang om inzicht te blijven houden in hoe zorggroepen het verlenen van complexe zorg (via meerdere keten-dbc’s) en geïndiceerde preventie (bijvoorbeeld doelgroepspecifieke beweegprogramma’s) gaan oppakken en welke belemmeringen zij hierbij ervaren.

Literatuur

Baan CA, van Baal PHM, Jacobs-van der Bruggen, et al. (2009a) Diabetes mellitus in Nederland: schatting van de huidige ziektelast en prognose voor 2025. *Ned Tijdschr Geneesk* 153 (22), 1052-7.

Baan CA, Schoemaker CG, Jacobs-van der Bruggen MAM, et al. (2009b) Diabetes tot 2025 preventie en zorg in samenhang. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. RIVM rapportnummer 260322004.

Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2010) Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Den Haag: Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

CPB (2009) Houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg. Den Haag: Centraal Planbureau.

De Wildt JE, Leusink GL. (2008) Nulmeting Zorggroepen. Een beschrijvend onderzoek van de karakteristieken. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.

Hingstman L, Kenens RJ. (2008) Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2008. Utrecht: NIVEL.

NDF (2007) NDF Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie.

NZa (2010a) Uitvoeringstoets: Uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg. Verruiming grenzen en soorten ketens. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2010b) Thematisch onderzoek Zorgplicht. Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Struijs JN, de Bruin SR, Baan CA. (2010) Model voor zorgstandaarden: en nu? *Medisch Contact* (geaccepteerd).

Struijs JN, van Til JT, Baan CA. (2009) Experimenteren met de keten-dbc diabetes. De eerste zichtbare effecten. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. RIVM rapportnummer 260014001.

Taakgroep (2005) Diabeteszorg beter. Rapport van de Taakgroep Programma Diabeteszorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Varkevisser M, van der Geest S, Appelman M, Struijs J. (2009) Regionale machtspositie zorggroepen baart zorgen. *Economisch-statistische Berichten* 94 (4572), 701-701.

VWS (2008) Programmatisch aanpak van chronische ziekten. Brief van dr. A. Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 13 juni 2008. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS (2010) Zorg rond zwangerschap en geboorte. Brief van dr. A. Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 15 juni 2010. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bijlage 1 Auteurs en interne referenten

Auteurs:

- Mevr. J.T. van Til, MSc, Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek, RIVM
- Dhr. J.E. de Wildt MHA namens de LVG
- Dhr. dr. J.N. Struijs, Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek, RIVM

Inhoudelijke bijdrage van:

- Dr. G.L. Leusink MBA huisarts

Interne referenten:

- Mevr. dr. ir. S.R. de Bruin, Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek, RIVM
- Mevr. dr. C.A. Baan, Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek, RIVM
- Dhr. prof. dr. G.P. Westert, Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek, RIVM

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl