



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

# Onderzoek op het gebied

Onderzoek op het gebied van integrale bekostiging

# van integrale

*Een inventarisatie in opdracht van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging*

# bekostiging



# Onderzoek op het gebied van integrale bekostiging

Een inventarisatie in opdracht van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging

LC Lemmens  
JT de Jong-van Til  
CA Baan  
JN Struijs

RIVM  
Bilthoven, 2012

## Colofon

© RIVM 2012

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'.

RIVM Rapport 260131004/2012

LC Lemmens  
JT de Jong-van Til  
CA Baan  
JN Struijs

Contact:  
JN Struijs  
Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek  
Jeroen.Struijs@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, in het kader van Kennisvraag V/260131.

## Rapport in het kort

### Onderzoek op het gebied van integrale bekostiging

De Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (EIB) heeft van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de opdracht gekregen om de ontwikkelingen rondom integrale bekostiging (IB) in de periode 2010-2012 te monitoren. In juni 2012 rapporteert de commissie in hoeverre aan de randvoorwaarden van integrale bekostiging wordt voldaan en of de beoogde effecten worden gerealiseerd.

De EIB wordt bij haar werkzaamheden ondersteund door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Eén van de taken van het RIVM betreft het inventariseren van afgeronde en lopende onderzoeken op het gebied van IB. Doel van deze inventarisatie is om de EIB op een gestructureerde manier van alle relevante informatie te voorzien. De EIB wordt zodoende in staat gesteld om onderzoeken op het gebied van IB te kunnen wegen, interpreteren en integreren in hun rapportage aan de minister.

Uit de inventarisatie blijkt dat afgeronde onderzoeken vooral informatie geven over in hoeverre de (dreigende) concurrentie en de onderhandelingen met de zorgverzekeraars van invloed zijn op de prijs en kwaliteit van de contracten en in hoeverre de beoogde transparantie van de kwaliteit van zorg tot stand komt. In de komende maanden zullen een aantal lopende onderzoeken worden afgerond, waardoor meer onderzoeksresultaten over geprognosticeerde kostenreductie van IB beschikbaar komen.

#### Trefwoorden:

Integrale bekostiging, zorgstandaarden, zorggroepen, keten-dbc

## Abstract

### Research on bundled payment

The Committee on the Evaluation of Bundled Payment (EIB) got the assignment of the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sports to monitor the developments around bundled payment in the period 2010-2012. In June 2012, the committee will report to what extent the preconditions of bundled payment are met and whether the intended effects are realised.

The EIB is supported in her work by the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM).

One of the tasks of the RIVM is compiling an inventory of finished and ongoing studies on bundled payment. The aim of this inventory is to provide the EIB with relevant information in a structured way, thus to enable them to weigh, interpret and integrate research on bundled payment in their report to the Minister.

The inventory shows that finished studies particularly provide information on to what extent (imminent) competition and negotiations with the health care insurers influence the price and quality of the contracts and to what extent transparency regarding the quality of care has been realised. In the next months, a number of the ongoing studies will be concluded and more study results regarding the predicted cost reduction of bundled payment will become available.

Keywords: bundled payment, health care standard, care groups, payment reform



# Inhoud

<b>1 Inleiding</b>	7
<b>2 Methode</b>	9
2.1 Bronnen	9
2.2 Inclusiecriteria onderzoeken	9
2.3 Beschrijving onderzoeken	10
<b>3 Resultaten</b>	11
3.1 Afgeronde onderzoeken	11
3.1.1 Onderzoeken naar integrale bekostiging	11
3.1.2 Onderzoeken naar zorgstandaarden	11
3.2 Lopende onderzoeken	12
3.3 Inhoudelijke resultaten per onderzoeksvraag van de EIB	13
<b>4 Samenvatting</b>	33
<b>Bijlagen</b>	35
Bijlage 1 Afgeronde onderzoeken	36
B1.1 Ageronde onderzoeken naar integrale bekostiging	36
B1.2 Afgeronde onderzoeken naar zorgstandaarden	57
Bijlage 2 Lopende onderzoeken	66
Bijlage 3 Benaderde organisaties voor inventarisatie onderzoeken	71
Bijlage 4 Referentielijst	73
Bijlage 5 Gerelateerde onderzoeken	75
B5.1 Beschouwende en opiniërende artikelen	75
B5.2 Disease management artikelen	76
B5.3 Overige gerelateerde artikelen	76





# 1 Inleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in 2010 de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (EIB) ingesteld (1). De aanleiding hiervoor was de bezorgdheid van een deel van de Tweede Kamer over de mate waarin aan de randvoorwaarden voor de invoering van integrale bekostiging (IB) was voldaan en of deze randvoorwaarden voldoende waren uitgekristalliseerd. Gedurende de periode 2010-2012 monitort de EIB daarom de ontwikkelingen rondom IB en rapporteert periodiek aan de minister in hoeverre aan de randvoorwaarden van IB wordt voldaan en of de beoogde effecten worden gerealiseerd. Medio 2012 zal de EIB de minister adviseren of de periode van drie jaar, waarin zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de gelegenheid zijn gesteld om te werken met integrale bekostiging maar daarnaast ook nog gebruik kunnen blijven maken van de oude vergoedingsregelingen, kan worden beëindigd.

De EIB wordt bij haar werkzaamheden ondersteund door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Eén van de taken van het RIVM betreft het inventariseren van afgeronde en lopende onderzoeken op het gebied van IB. Doel van deze inventarisatie is om de EIB op een gestructureerde manier van alle relevante informatie te voorzien. De EIB wordt zodoende in staat gesteld om onderzoeken op het gebied van IB te kunnen wegen, interpreteren en integreren in hun rapportage aan de minister. In dit rapport worden de resultaten van de inventarisatie van onderzoeken op het gebied van IB gepresenteerd. Per onderzoeksvraag van de commissie worden de kernbevindingen gepresenteerd afkomstig uit de diverse

onderzoeken die hierop betrekking hebben. Er worden geen conclusies of aanbevelingen verbonden aan de inventarisatie. Het is aan de EIB om de resultaten van de inventarisatie te wegen en hieraan conclusies over de randvoorwaarden en effecten van IB te verbinden.

## Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bespreekt allereerst kort de zoekstrategie naar onderzoeken op het terrein van integrale bekostiging en de gehanteerde in- en exclusiecriteria. Vervolgens worden in Hoofdstuk 3 afgeronde onderzoeken beschreven, wordt een overzicht gegeven van lopende onderzoeken en worden inhoudelijke bevindingen van de afgeronde onderzoeken gepresenteerd per onderzoeksvraag van de commissie. In Hoofdstuk 4 worden de belangrijkste resultaten van de inventarisatie samengevat.

Dit rapport bevat naast de hoofdtekst ook een aantal bijlagen. In Bijlage 1 wordt een korte beschrijving van de onderzoeken gegeven. Per onderzoek worden karakteristieken van het onderzoek gegeven, waaronder de onderzoeksopzet, de manier van gegevensverzameling en de gemeten indicatoren. Ook worden de kernbevindingen, zoals genoemd in de onderzoeken zelf, kort weergegeven. Bijlage 2 bevat een overzicht van nog lopende onderzoeken. In Bijlage 3 wordt een overzicht gegeven van organisaties die benaderd zijn met de vraag relevante onderzoeken aan te leveren. Bijlage 4 bevat de referentielijst. Ten slotte worden in Bijlage 5 de referenties van overige gerelateerde artikelen of rapporten gegeven.



# 2

# Methode

## 2.1 Bronnen

Bij de inventarisatie is in (internationale) literatuur gezocht naar studies/artikelen over integrale bekostiging in Nederland. Ook is op internet gezocht naar onderzoeksrapportages met de zoektermen 'keten-dbc' en 'integrale bekostiging'. Daarnaast is gebruikgemaakt van het netwerk van de betrokken onderzoekers en de opgebouwde kennis over integrale bekostiging. Ter aanvulling zijn alle organisaties die betrokken waren bij een onderzoek per e-mail benaderd met de vraag of additionele informatie beschikbaar was over de betreffende onderzoeken en of nieuwe onderzoeken geïnitieerd waren. Daarnaast zijn organisaties die hebben deelgenomen aan de rondetafelgesprekken van de EIB (2) benaderd. Voor een totaaloverzicht van de benaderde organisaties wordt verwezen naar Bijlage 3. Indien onderzoeken nog niet waren afgerond is gevraagd naar een plan van aanpak en de verwachte opleverdatum van de rapportage. Naast onderzoeksrapportages die aangeleverd zijn door de benaderde organisaties zijn ook rapportages meegenomen die rechtstreeks verstuurd waren aan de EIB.

## 2.2 Inclusiecriteria onderzoeken

Voor inclusie van afgeronde en lopende onderzoeken in de huidige inventarisatie zijn een aantal criteria geformuleerd.

Aangezien een geautoriseerde zorgstandaard een absolute randvoorwaarde vormt voor de invoering van IB, is besloten om naast onderzoeken naar IB ook onderzoeken over de inhoud en implementatie van zorgstandaarden mee te nemen.

De volgende inclusiecriteria voor afgeronde onderzoeken zijn gehanteerd:

- het betreft onderzoek op het gebied van IB of zorgstandaarden;
- het onderzoek beantwoordt ten minste één van de onderzoeksvragen van de EIB;
- de onderzoeksrapportage moet nieuwe onderzoeksdata bevatten en dus niet alleen een datasynthese zijn of alleen opiniërend of beschouwend;
- de onderzoeksrapportage is uiterlijk 15 maart 2012 beschikbaar/openbaar.

Voor de inclusie van lopende onderzoeken zijn dezelfde criteria gebruikt als voor afgeronde onderzoeken, met uitzondering van het laatste criterium.

Om een zo volledig mogelijk beeld te schetsen zijn referenties van overige gerelateerde artikelen en onderzoeken, zoals opiniërende en beschouwende artikelen en artikelen over onderzoeken naar disease management (programmatische aanpak), apart vermeld in Bijlage 5.

## 2.3 Beschrijving onderzoeken

De verzamelde afgeronde onderzoeken zijn gecategoriseerd in 'onderzoeken naar integrale bekostiging' en 'onderzoeken naar zorgstandaarden'. De onderzoeken zijn vervolgens beschreven aan de hand van de volgende karakteristieken:

- naam van het project/onderwerp;
- auteurs, organisatie en jaar van publicatie;
- doel en onderzoeksvragen van het onderzoek;
- EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord (zie Tabel 1);
- onderzoeksopzet;
- follow-up in maanden;
- manier van gegevensverzameling (met aantallen);
- jaar van gegevensverzameling;
- type aandoening waarop het onderzoek betrekking heeft (Diabetes type 2, COPD, VRM, andere aandoening, niet aandoening specifiek);
- het perspectief waarop het onderzoek betrekking heeft (zorggroepen, onderaannemers, patiënten en zorgverzekeraars);
- het type indicatoren dat gebruikt is (volgens Donebedian (3): structuur, proces en uitkomsten);
- gerapporteerde uitkomstmaten (1. klinische uitkomstmaten; 2. sterfte; 3. kwaliteit van leven; 4. naleving zorgstandaard; 5. ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6. patiënt-ervaringen/tevredenheid; 7. zorggebruik; 8. kosten; 9. samenwerking en afstemming);
- gerapporteerde kernbevindingen.

De 'gerapporteerde kernbevindingen' betreffen resultaten en conclusies zoals beschreven in de onderzoeksrapportages zelf.

De lopende onderzoeken zijn beschreven aan de hand van de volgende karakteristieken (met behulp van het plan van aanpak):

- uitvoerende organisatie en betrokkenen;
- EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord (zie Tabel 1);
- doel en onderzoeksvragen van het onderzoek, indien bekend wordt ook de manier van gegevensverzameling beschreven;
- verwachte opleverdatum van de rapportage.

# 3 Resultaten

Hieronder worden de resultaten van de inventarisatie van afgeronde en lopende onderzoeken gepresenteerd. Voor informatie over de afzonderlijke onderzoeken wordt verwezen naar Bijlage 1 Afgeronde onderzoeken en Bijlage 2 Lopende onderzoeken.

## 3.1 Afgeronde onderzoeken

### 3.1.1 Onderzoeken naar integrale bekostiging

In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de afgeronde en nog lopende onderzoeken die (gedeeltelijk) een antwoord geven op de onderzoeksvragen van de EIB. In totaal werden 21 afgeronde onderzoeken naar IB gevonden. Het blijkt dat deze onderzoeken vooral antwoord geven op de vraag van de EIB in hoeverre de (dreigende) concurrentie en de onderhandelingen met de zorgverzekeraars van invloed zijn op de prijs en kwaliteit van de contracten (vraag 2c, n=11, Tabel 1). Hierbij dient opgemerkt te worden dat onderzoeken die meer algemeen over de onderhandelingen tussen zorggroep en zorgverzekeraar gingen ook bij deze onderzoeksvraag zijn meegeteld. Daarnaast zijn er acht onderzoeken die inzicht geven in hoeverre de beoogde transparantie in de kwaliteit van de geleverde zorg tot stand komt (vraag 2f), zeven onderzoeken die de naleving van zorgstandaarden en de beoogde samenwerking onderzoeken (vraag 2d) en zeven onderzoeken die de betrokkenheid van patiënten bij de zorg onderzoeken (vraag 2e). De overige onderzoeks-

vragen van de EIB worden minder frequent beantwoord in de afgeronde onderzoeken naar IB.

In Tabel 2 worden de karakteristieken van de onderzoeken kort samengevat. Twaalf van de 21 afgeronde onderzoeken hebben een cross-sectionele onderzoeksopzet en 9 een longitudinale (Tabel 2). In twee van de longitudinale onderzoeken is een controlegroep gebruikt. Bij de longitudinale onderzoeken loopt de onderzoeksperiode uiteen van 12 tot 48 maanden. De meeste onderzoeken betreffen de periode van 2008-2010. Vooral integrale bekostiging voor diabetes wordt onderzocht (n=17). De meeste onderzoeken betreffen het perspectief van zorggroepen (n=13). Structuurindicatoren worden het meest gemeten (n=13) in de verschillende onderzoeken. De meest frequent gerapporteerde uitkomstmaten zijn: 'ervaringen van zorggroepen, onderaannemers of verzekeraars met IB' (n=8) en 'afstemming/samenwerking' (n=7). In zes onderzoeken zijn klinische uitkomstmaten beschreven. De overige uitkomstmaten werden in vijf of minder onderzoeken gerapporteerd.

### 3.1.2 Onderzoeken naar zorgstandaarden

Naast afgeronde onderzoeken naar IB zijn acht onderzoeken gevonden naar zorgstandaarden, waarin geen onderzoek naar IB wordt gedaan. Deze onderzoeken betreffen dus alleen de inhoud en implementatie van zorgstandaarden en geven vooral inzicht in de kwaliteit van zorg wat betreft het naleven van de zorgstandaard (vraag 2d, n=6, Tabel 1).

**Tabel 1** Aantal afgeronde en lopende onderzoeken die EIB-onderzoeksvragen beantwoorden.

EIB-onderzoeksvragen	Afgeronde onderzoeken (n=29)		Lopende onderzoeken (n=20)
	IB (n=21)	Zorgstandaarden (n=8)	
1a In hoeverre treedt een verbetering op van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken? Dit afgemeten aan uitkomsten van de zorg (z) en de ervaring van de patiënt (p).	6	2	6
1b In hoeverre wordt de geprognoseerde kostenreductie gerealiseerd? Vindt substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg plaats? (v)	3	0	5
2a In hoeverre komen de geplande randvoorwaarden tot stand (zorgstandaarden, ICT, regels) (v, h, z)?	6	3	1
2b In hoeverre wordt gebruikgemaakt van de regelingen rond integrale bekostiging bij het contracteren van de zorg (v, h)?	5	0	2
2c In hoeverre werkt de (dreiging op) concurrentie zodanig dat qua prijs en kwaliteit gunstige contracten worden afgesloten (v, h, z)?	11	0	4
2d In hoeverre wordt gewerkt volgens zorgstandaarden en komt de geplande samenwerking tussen zorgaanbieders tot stand (h, z)?	7	6	7
2e In hoeverre worden patiënten betrokken bij de zorg, in hoeverre treedt zelfmanagement op (p)?	7	2	4
2f In hoeverre komt de beoogde transparantie tot stand in de kwaliteit van de geleverde zorg aan de patiënt (h)?	8	1	5
3a Wat zijn de gevolgen voor de samenhangende zorg in de wijk (p, z)?	0	0	0
3b Wat zijn de gevolgen voor de samenhangende zorg voor de patiënt (p, z)?	4	0	3
3c Wat zijn de gevolgen voor de administratieve lasten van zorgaanbieders en verzekeraars (v, h, z)?	3	0	1
3d Wat zijn de gevolgen voor de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt (p, z)?	6	1	5
3e Wat zijn de gevolgen voor andere in de eerste lijn gepresenteerde zorgproblemen (p, z)?	2	0	1

p= patiënt; h= hoofdcontractant/zorggroep; z= zorgverleners/subcontractant; v= verzekeraar.

Alle acht onderzoeken zijn cross-sectioneel opgezet (Tabel 2). De onderzoeken betreffen de periode 2009-2011, waarbij het meeste onderzoek plaatsvond in 2010. De zorgstandaarden voor diabetes en VRM zijn het meest frequent het onderwerp van het onderzoek (beide n=4). Slecht één onderzoek betrof de zorgstandaard voor COPD. Het perspectief van onderaannemers en dat van patiënten zijn het meest onderzocht (beide n=4). Voornamelijk structuur- en procesindicatoren worden gerapporteerd (respectievelijk n=7 en n=6). De meest frequent gerapporteerde uitkomstmaten zijn 'naleving van de zorgstandaard' en 'afstemming/samenwerking'. In geen enkel onderzoek zijn klinische uitkomstmaten, sterfte, kwaliteit van leven, zorggebruik of kosten beschreven.

### 3.2 Lopende onderzoeken

In totaal werden twintig lopende onderzoeken gevonden tijdens de inventarisatie. Van tien van deze onderzoeken komen de onderzoeksresultaten nog binnen de termijn van de EIB, dat wil zeggen voor 1 juni 2012, beschikbaar. Van vier onderzoeken is de opleveringstermijn nog onbekend. Van de lopende onderzoeken zullen zeven inzicht gaan geven in hoeverre er gewerkt volgens de zorgstandaarden (vraag 2d, Bijlage 2) en vijf in de effecten van IB op de geprognoseerde kostenreductie en substitutie van tweede naar eerste lijn (vraag 1b).

**Tabel 2** Karakteristieken afgeronde onderzoeken naar integrale bekostiging en zorgstandaarden.

Karakteristieken	Afgeronde onderzoeken	
	Integrale bekostiging (n=21)	Zorgstandaarden (n=8)
Onderzoekopzet		
- Longitudinaal	11	0
- Cross-sectioneel	10	8
Aandoening		
- Diabetes type 2	17	4
- COPD	7	1
- VRM	6	4
- Niet aandoening-specifiek	3	1
Perspectief		
- Zorggroepen	13	1
- Onderaannemers	8	4
- Patiënten	7	4
- Zorgverzekeraars	7	1
Type indicatoren		
- Structuur	13	7
- Proces	8	6
- Uitkomst	9	2
Uitkomstmaten		
1. Klinische uitkomstmaten	6	0
2. Sterfte	1	0
3. Kwaliteit van leven	4	0
4. Naleving van zorgstandaard	5	4
5. Ervaringen met IB (zorggroepen, zorgverleners, zorgverzekeraars)	8	2
6. Patiëntervaringen / tevredenheid	4	2
7. Zorggebruik	2	0
8. Kosten	3	0
9. Samenwerking en afstemming	7	4

### 3.3 Inhoudelijke resultaten per onderzoeksvraag van de EIB

In deze paragraaf worden inhoudelijke bevindingen van de afgeronde onderzoeken gepresenteerd per onderzoeksvraag van de commissie. Voor de haalbaarheid van deze inventarisatie en de compactheid van de rapportage is steeds uitgegaan van de kernbevindingen zoals gepresenteerd in de afzonderlijke studies. In een aantal gevallen geeft een onderzoek wel antwoord op één of meerdere deelvragen van de EIB, maar staat dit niet vermeld in de kernbevindingen van deze studie. Dit is dan voor het betreffende onderzoek in de tabel aangegeven, zodat de commissie er dan voor kan kiezen het betreffende onderzoek hierop nog te screenen.

**1 In hoeverre worden de beoogde effecten van de invoering van integrale bekostiging van de zorg voor chronisch zieken gerealiseerd?**

**1a. In hoeverre treedt een verbetering op van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken? Dit afgemeten aan uitkomsten van de zorg en de ervaring van de patiënt?**

Onderzoek	Kernbevinding
2 Adviesgroep ketenzorg en LVG, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>De interpretatie van verschillen in uitkomstindicatoren is niet gemakkelijk. Allereerst spelen technische problemen rond registratie en extractie. Daarnaast kunnen populatieverschillen (casemix) ongetwijfeld een deel van de verschillen verklaren. Ten slotte is het aantal jaren dat een zorggroep actief is en aan de hand van spiegelinformatie kwaliteitsbeleid voert ongetwijfeld een belangrijke variabele ten aanzien van de uitkomsten.</li> </ul>
7 Van Dijk et al., Nivel, 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>De potentiële effecten van disease management op de korte termijn op de kwaliteit van zorg voor diabetes mellitus en COPD zijn gering, terwijl bij hartfalen wel verbeteringen kunnen worden verwacht. Over VRM zijn geen uitspraken te doen.</li> </ul>
8 Van Dijk et al., Nivel, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>De ervaren programmatische aanpak van zorg verschilde niet sterk tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB. Diabetespatiënten binnen IB gaven wel vaker aan dat zij samen met hun zorgverlener(s) naar oplossingen voor problemen zochten. Binnen IB werd er in 2010 slechts beperkt zorg geleverd volgens een programmatische aanpak.</li> </ul>
9 Elissen et al., Universiteit Maastricht, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>De resultaten uit de meta-analyse tonen aan dat het effect van programmatische aanpak op de gezondheidstoestand van diabetes type 2-patiënten op zijn best bescheiden is. Wel laten subgroep analyses en een meta-regressie zien dat de aanpak meer effectief is voor mensen met slechtere baseline gezondheid/waarden. Ook laten de analyses zien dat het effect van disease management kleiner wordt bij een langere follow-up duur en dat meer frequente meting van klinische indicatoren meer veelbelovende resultaten laten zien, vooral bij patiënten met een slechtere gezondheid op baseline.</li> <li>Over het algemeen pleiten bovengenoemde resultaten voor een meer patiëntgerichte aanpak (zorg-op-maat), waarbij de karakteristieken van de patiënt direct het proces van diabeteszorg bepalen.</li> </ul>
17 Struijs et al., RIVM, 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>De kwaliteit van de diabeteszorg is goed, maar niet zichtbaar beter een jaar na invoering van de keten-DBC.</li> <li>De invoering van de keten-DBC heeft na één jaar niet geleid tot verdere verbetering van de tevredenheid van patiënten over de samenwerking en afstemming tussen betrokken zorgverleners.</li> </ul>
18 Struijs, et al., RIVM, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Drie jaar na invoering van de keten-DBC zijn effecten op kwaliteit van zorg niet eenduidig te interpreteren. Er zijn (kleine) verbeteringen in de proces- en uitkomstindicatoren, maar de klinische relevantie is niet duidelijk en langetermijneffecten, zoals uitstel of afstel van complicaties, zijn nog niet aan te tonen.</li> <li>De patiënten beoordeelden de samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners positief. Ruim 90% van de patiënten gaf aan de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners goed of uitstekend te vinden. Deze percentages zijn de afgelopen jaren gelijk gebleven.</li> </ul>
26 Raaijmakers et al., Universiteit Maastricht en Rescon, 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patiënten zijn over het algemeen tevreden over de ontvangen zorg en ervaren in hoge mate door de zorgverlener betrokken te worden bij hun behandeling.</li> </ul>
27 Van Boheemen et al., Nivel, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>De afstemming tussen zorgverleners kan volgens patiënten beter; bijna een derde gaf aan soms of vaak tegenstrijdige informatie te ontvangen van verschillende zorgverleners en meer dan een kwart moet vaak hetzelfde verhaal vertellen.</li> </ul>



**1b. In hoeverre wordt de geprognosticeerde kostenreductie gerealiseerd? Vindt substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg plaats?**

Onderzoek		Kernbevinding
8	Van Dijk et al., Nivel, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er zijn (nog) geen effecten zichtbaar van eventuele substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Wel lijkt IB te hebben geresulteerd in minder diabetespatiënten die contact hebben met een diëtist.</li> </ul>
16	Sprangers et al., Achmea, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij integraal bekostigde zorg zijn van 2006-2009 de gemiddelde kosten per in de eerste lijn behandelde patiënt met 87% gestegen, bij regulier bekostigde zorg is dit 18%. Dit is een groot verschil dat niet wordt gecompenseerd door de baten van de extra substitutie van tweede naar eerste lijn bij integraal bekostigde zorg.</li> <li>• De zorgkosten van diabetespatiënten bij huisartsen die aangesloten zijn bij een zorggroep en integraal bekostigd worden, zijn in de periode 2006-2009 met 20,7 miljoen euro gestegen. Ongeveer 15 miljoen hiervan is toe te schrijven aan de invoering van de integrale bekostiging. Over alle diabetespatiënten is dit een gemiddelde extra kostenstijging van 128 euro per patiënt. Als de gemiddelde kostenstijging alleen over de diabetespatiënten in de keten wordt berekend (56,2%), is het een stijging van 228 euro per patiënt.</li> <li>• De kostenstijging door integrale bekostiging is deels te verklaren door weeffouten in het bekostigingssysteem, zoals de dubbele bekostiging van losse verrichtingen in de eerste lijn, dubbele dbc's tussen de eerste en tweede lijn en prikkels voor risicoselectie. Daarnaast gaat tussen de 25 en 50% van het ketentarief op aan overhead en nettoresultaat voor de zorggroep, zoals blijkt uit jaarverslagen van zorggroepen over verslagjaar 2010. Ook heeft onervarenheid met dit bekostigingssysteem een aandeel gehad in de kostenstijging.</li> </ul>
18	Struijs, et al., RIVM, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taakherschikking en taakdelegatie komen veelvuldig voor, zowel binnen de eerste lijn als tussen de eerste en tweede lijn. In alle zorggroepen is de praktijkondersteuner huisarts (poh) de spil van de diabeteszorg en worden de reguliere controles veelal door hen uitgevoerd. Ook bij de uitvoering van het oogonderzoek is veelvuldig sprake van taakherschikking van de oogarts naar optometristen, graders, gespecialiseerde verpleegkundigen en huisartsen. Daarnaast worden in toenemende mate insuline-afhankelijke patiënten zonder complicaties in de huisartsenpraktijk behandeld in plaats van in de tweede lijn. Uit de interviews met de zorgverleners komen positieve geluiden over taakherschikking en -delegatie naar voren. Zo zou een poh meer tijd en aandacht aan de patiënt kunnen besteden dan de huisarts en is de zorg beter gestructureerd en geprotocolleerd. De huisarts krijgt daarmee een meer superviserende rol en zou meer tijd overhouden voor andere patiënten. Er worden echter ook kritische kanttekeningen geplaatst door zorgverleners. Het risico op kwaliteitsverlies in de huisartsenpraktijk wordt genoemd, voornamelijk door kennisverlies van huisartsen, omdat zij minder contact hebben met hun diabetespatiënten. Maar ook zouden poh's soms teveel verantwoordelijkheid krijgen/nemen, terwijl zij daar onvoldoende voor geschoold zijn. Bijvoorbeeld ten aanzien van doseringsadviezen of de (algemene) dieetadvisering. Bij substitutie van patiënten van de tweede lijn naar de huisartspraktijk zien sommige zorgverleners uit de tweede lijn risico's, waaronder het te laat insturen van patiënten naar de tweede lijn. Door deze onderkenning van mogelijke risico's van taakherschikking en -delegatie komt kwaliteitsborging steeds hoger op de agenda te staan bij diverse zorggroepen. Hierbij komen vragen aan bod over hoe huisartsen hun superviserende rol zouden moeten vormgeven en welke rol de zorggroep en zorgverzekeraar hierin hebben.</li> </ul>

## 2 In hoeverre worden de beoogde randvoorwaarden om de invoering te doen werken gerealiseerd?

### 2a. In hoeverre komen de geplande randvoorwaarden tot stand (zorgstandaarden, ICT, regels)?

NB: Onderzoeken en kernbevindingen die expliciet over naleving van de zorgstandaard gaan staan vermeld onder vraag 2d.

NB: Randvoorwaarden rondom ICT komen zowel bij onderhavige onderzoeksvraag aan bod als onder vraag 2f (transparantie), aangezien de kernbevindingen met betrekking tot transparantie vaak samenhangen met de (on)mogelijkheden van ICT.

Onderzoek		Kernbevinding
2	Adviesgroep ketenzorg en LVG, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datamanagement geschiedt door een externe partij (45%), in eigen beheer (22%) of via standaardrapportages uit HIS of KIS (17%).</li> <li>• De interpretatie van verschillen in uitkomstindicatoren is niet gemakkelijk. Allereerst spelen technische problemen rond registratie en extractie. Daarnaast kunnen populatieverschillen (casemix) ongetwijfeld een deel van de verschillen verklaren. Ten slotte is het aantal jaren dat een zorggroep actief is en aan de hand van spiegelinformatie kwaliteitsbeleid voert ongetwijfeld een belangrijke variabele ten aanzien van de uitkomsten.</li> </ul>
9	Elissen et al., Universiteit Maastricht, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zelfmanagementondersteuning en klinische informatiesystemen zijn nog onderontwikkeld. De organisatie van het zorgproces is verbeterd, maar volledige integratie is nog lang niet bereikt. Beslissingsondersteuning is aanwezig, met name door het standaardiseren van processen volgens de NDF zorgstandaard, maar nog niet alle zorggroepen hebben van alle patiënten de vereiste procesindicatoren uit de zorgstandaard beschikbaar.</li> </ul>
17	Struijs et al., RIVM, 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De effecten van keten-dbc op het werkproces zijn positief, ICT is een beperkende factor.</li> <li>• De zorgstandaard speelt een cruciale rol bij de zorginkoop; daarom is verduidelijking en aanvulling op een aantal punten nodig.</li> </ul>
18	Struijs, et al., RIVM, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ICT voldoet nog steeds niet aan informatiebehoefte van alle betrokkenen, maar ook is er een gebrek aan eenheid van het registeren en berekenen van indicatoren.</li> </ul>
19	Van Til et al., RIVM, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ICT is een knelpunt voor het geïntegreerd leveren van zorg.</li> </ul>
21	De Wildt et al., LVG, 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De kwaliteit van de diabeteszorg is nog niet gegarandeerd en transparant (o.a. door knelpunten met uniforme en voldoende registratie door huisartsen en andere zorgaanbieders; discussie over prestatie-indicatoren; zorgaanbieders onvoldoende op de hoogte van zorgstandaard en protocollen; knelpunten t.a.v. ondersteuning door ICT-systemen).</li> </ul>
22	Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De zorgstandaarden voor diabetes, VRM, COPD en obesitas zijn ontwikkeld.</li> <li>• De zorgstandaard voor diabetes was in januari 2011 in de fase van doorontwikkeling en de zorgstandaarden voor VRM, COPD en obesitas waren in de fase van implementatie.</li> <li>• De zorgstandaard voor astma, dementie, CVA/TIA, stofwisselingsstoornissen en sikkelcelanemie waren in ontwikkeling.</li> <li>• De zorgstandaard voor depressie zat in de fase van commentaar.</li> <li>• Voor een aantal andere ziekten waren er initiatieven (cystic fibrosis) of vond een verkenning/inventarisatie plaats (artrose, hartfalen, kanker, epilepsie). Er is tot nu toe één zorgmodule ontwikkeld ('stoppen met roken'). De zorgmodule 'voeding en dieet' was in ontwikkeling.</li> </ul>
25	Lemmens et al., RIVM, 2012 geaccepteerd bij TSG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorggroepen gebruiken de NDF zorgstandaard zowel bij het opstellen van het zorgprogramma diabetes als bij het zorginkoopproces.</li> <li>• De zorgstandaard biedt voor zorggroepen voldoende houvast. Wel dient de bruikbaarheid van de zorgstandaard continu geëvalueerd te worden vanwege de tweeledige rol die hij vervult en vanwege de taakherschikking die mogelijk is geworden door de functionele omschrijving. Daarnaast zijn aanpassingen op het gebied van de diversiteit van patiëntgroepen en de centrale rol van de patiënt wenselijk.</li> </ul>
26	Raaijmakers et al., Universiteit Maastricht en Rescon, 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bijna drie kwart van de zorgprofessionals ervaart belemmeringen, de top 5 was: toegang tot effectieve leefstijlprogramma's, zorg aan moeilijk bereikbare groepen, financiering, wet- en regelgeving bij het verlenen van zorg conform de zorgstandaard, gestandaardiseerd registreren en uitwisselen van gegevens en werken in multidisciplinaire teams.</li> </ul>

**2b. In hoeverre wordt gebruikgemaakt van de regelingen rond integrale bekostiging bij het contracteren van de zorg?**

Onderzoek		Kernbevinding
1	Adviesgroep ketenzorg en LVG, 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In mei 2011 hadden bijna alle zorggroepen een contract voor diabetes ketenzorg (n=65). Vier zorggroepen hadden hier wel een verzoek voor gedaan, maar nog geen contract gesloten.</li> <li>• Voor de COPD- en VRM-ketenzorg hadden respectievelijk 24 en 11 zorggroepen een contract voor 2011. Een aantal zorggroepen had wel een verzoek gedaan (21 zorggroepen voor COPD ketenzorg en 19 zorggroepen voor VRM ketenzorg), maar had nog geen contract gesloten.</li> <li>• Een meerderheid van de zorggroepen heeft te maken met verre zorgverzekeraars die weigeren te volgen (57%) en zorgverzekeraars die eenzijdig een format opleggen (57%). Ook geven zorggroepen aan dat een zorgverzekeraar weigert te onderhandelen of niet reageert op het aanbod (samen 50%).</li> <li>• Zorggroepen noemen daarnaast nog andere problemen, zoals verschillen tussen zorgverzekeraars, verzekeraars die onderdelen uit de zorgstandaard schrappen en de tijdinvestering, doordat er contacten voor één jaar worden getekend. Onduidelijk is hoe vaak deze problemen voorkomen.</li> <li>• Zorggroepen ondervinden problemen met het contracteren van ketenzorg en dit heeft ook gevolgen voor de patiënt. 73% van de zorggroepen lukt het om de zorg toch te leveren, bijvoorbeeld door betaling aan betrokken hulpverleners tijdelijk op te schorten. Maar in andere gevallen wordt de zorg niet meer geleverd, is de zorg van mindere kwaliteit of wordt er onderscheid gemaakt tussen patiënten van verschillende verzekeraars. In enkele gevallen hebben de problemen zelfs geleid tot het uiteenvallen van de zorggroep.</li> </ul>
8	Van Dijk et al., Nivel, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Slechts een minderheid van de diabeteszorg van patiënten in het NPCG (Nationaal Panel Chronisch Ziekten en Gehandicapten) werd niet via IB bekostigd (N niet IB=38 t.o.v. N IB=275).</li> <li>• Er lijkt geen sprake te zijn van selectie van patiënten binnen huisartsenpraktijken. Er lijkt wel sprake te zijn van selectie bij IB tussen huisartsenpraktijken: Type 2-diabetespatiënten buiten IB hebben vaker een laag opleidingsniveau en wonen vaker in een achterstandswijk.</li> </ul>
16	Sprangers et al., Achmea, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In 2009 bestaat de groep 'integraal bekostigde zorg' uit 118.401 en de groep 'regulier bekostigde zorg' uit 54.086 diabetespatiënten.</li> </ul>
19	Van Til et al., RIVM, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In maart 2010 participeerde ruim drie kwart van huisartsen in één van de 97 zorggroepen.</li> <li>• Huisartsen zijn nog steeds de belangrijkste speler; het merendeel van de zorggroepen (83%) is monodisciplinair en bestaat uitsluitend uit huisartsen.</li> <li>• Er is nog geen landelijke uitrol van IB voor de zorgprogramma's COPD en VRM.</li> <li>• Zorggroepen zijn tevreden over het resultaat, maar ontevreden over het proces van onderhandelingen met zorgverzekeraars.</li> <li>• Zorggroepen zijn zeer tevreden over zowel het resultaat als het proces van de onderhandelingen met onderaannemers.</li> </ul>
20	Venema et al, Nivel, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgverzekeraars hebben in keten-dbc contract en additionele afspraken vastgelegd die niet overeenstemmen met de NZa-beleidsregel 'Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen'.</li> </ul>

**2c. In hoeverre werkt de (dreiging op) concurrentie zodanig dat qua prijs en kwaliteit gunstige contracten worden afgesloten?**

Onderzoek	Kernbevinding
1 Adviesgroep ketenzorg en LVG, 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>In mei 2011 hadden bijna alle zorggroepen een contract voor diabetes ketenzorg (n=65). Vier zorggroepen hadden hier wel een verzoek voor gedaan, maar nog geen contract gesloten.</li> <li>Voor de COPD- en VRM-ketenzorg hadden respectievelijk 24 en 11 zorggroepen een contract voor 2011. Een aantal zorggroepen had wel een verzoek gedaan (21 zorggroepen voor COPD-ketenzorg en 19 zorggroepen voor VRM-ketenzorg), maar had nog geen contract gesloten.</li> <li>Een meerderheid van de zorggroepen heeft te maken met verre zorgverzekeraars die weigeren te volgen (57%) en zorgverzekeraars die eenzijdig een format opleggen (57%). Ook geven zorggroepen aan dat een zorgverzekeraar weigert te onderhandelen of niet reageert op het aanbod (samen 50%).</li> <li>Zorggroepen noemen daarnaast nog andere problemen, zoals verschillen tussen zorgverzekeraars, verzekeraars die onderdelen uit de zorgstandaard schrappen en de tijdinvestering, doordat er contacten voor één jaar worden getekend. Onduidelijk is hoe vaak deze problemen voorkomen.</li> <li>Zorggroepen ondervinden problemen met het contracteren van ketenzorg en dit heeft ook gevolgen voor de patiënt. 73% van de zorggroepen lukt het om de zorg toch te leveren, bijvoorbeeld door betaling aan betrokken hulpverleners tijdelijk op te schorten. Maar in andere gevallen wordt de zorg niet meer geleverd, is de zorg van mindere kwaliteit of wordt er onderscheid gemaakt tussen patiënten van verschillende verzekeraars. In enkele gevallen hebben de problemen zelfs geleid tot het uiteenvallen van de zorggroep.</li> </ul>
4 Besters, Universiteit van Tilburg, 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het laboratorium wordt onder druk gezet om te voldoen aan de eisen van de zorggroepen en levert daardoor diensten van hogere kwaliteit.</li> <li>Het laboratorium wordt echter niet onder druk gezet om de diensten tegen lagere prijzen te leveren, doordat er geen prikkel is voor de zorggroepen om goedkoper in te kopen.</li> <li>In lijn met de afwezigheid van een effect op de prijzen, heeft de aanwezigheid van concurrenten geen effect op het tarief dat de zorggroep wil betalen aan het laboratorium.</li> <li>De aanwezigheid van concurrenten heeft wel een positief effect op de kwaliteit en toegankelijkheid (voor patiënten) van de diensten die een laboratorium levert.</li> <li>De invoering van integrale bekostiging beïnvloedt de kwaliteit van de totale diabeteszorg positief, afgemeten aan de verbeterde opkomstpercentages van de fundusfoto.</li> </ul>
6 Van Dijk et al., Julius Centrum, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>De betrokken zorggroepen waren ontevreden over de wijze van onderhandelen, de inefficiëntie van het proces, het wisselende team bij de zorgverzekeraar en het opleggen van oplossingen door de verzekeraar. Redelijk tevreden was men met het uiteindelijke tarief, hoewel dit tarief volgens hen veel te weinig gebaseerd was op zorggroepspecifieke factoren en de kwaliteit van de geleverde diabeteszorg.</li> <li>De zorgverzekeraar hanteerde beleidsregels en zorgstandaard als uitgangspunt bij de onderhandelingen; ze was tevreden met het vastgestelde tarief. De zorgverzekeraar ontving zeer veel verschillende offertes van de zorggroepen. Daardoor heeft de verzekeraar, met tegenzin, besloten om een eenheidstarief vast te leggen.</li> </ul>
7 Van Dijk et al., Nivel, 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Met de invoering van integrale bekostiging kan de betaalbaarheid van zorg mogelijk worden verbeterd.</li> <li>Zowel de effecten op de kwaliteit als de betaalbaarheid van zorg hangen sterk af van het gedrag van zorgverzekeraars en zorggroepen op de markt.</li> <li>Bovendien kan de ontwikkeling van integrale bekostiging geremd worden door het ontbreken van voldoende concurrentiegedrag tussen zorgverzekeraars of door terughoudend gedrag van zorgverzekeraars om nieuwe aandoeningen op te nemen.</li> </ul>
10 Haan, Universiteit van Twente, 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>Op een aantal onderdelen is zorg dubbel betaald. Dit vindt in de eerste lijn plaats bij de algemene consulten van de huisarts en praktijkondersteuner, en in de tweede lijn bij functies vanuit het laboratorium en verleende zorg van de specialist.</li> <li>Op basis van declaratiegegevens blijkt dat patiënten zonder medicatie zijn toegelaten tot diabeteszorggroep HDRD. Hoewel deze mensen formeel diabetespatiënt kunnen zijn (of in een voorstadium zitten) is dit niet de bedoeling geweest van Salland Verzekeringen bij het afsluiten van het contract.</li> <li>Er zijn aanwijzingen dat patiënten met hoge zorgkosten uitgesloten zijn van zorgverlening door de HDRD. Deze patiënten ontvangen (kostbare) diabeteszorg vanuit de tweede lijn, terwijl eerstelijnszorg vanuit de HDRD wellicht afdoende is.</li> <li>De schadelaststijging van eerstelijnszorg is het gevolg van de toegenomen vergoedingen voor diabeteszorg. De oorzaak is enerzijds de hoogte van het tarief van de eerstelijns-dbc, welke gericht was op een volumevergroting van zorg. Anderzijds is de schadelaststijging het gevolg van moreel toeval van de zorgverleners van de HDRD (huisartsen, specialisten en laboratorium), in de reguliere zorg, evenals moreel toeval vanuit de HDRD met betrekking tot ketenzorg wat heeft geleid tot dubbele betaling van zorg.</li> </ul>

**zc. In hoeverre werkt de (dreiging op) concurrentie zodanig dat qua prijs en kwaliteit gunstige contracten worden afgesloten? (vervolg)**

Onderzoek		Kernbevinding
11	NZa, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De NZa concludeert dat in potentie voldoende ruimte is voor concurrentie tussen zorggroepen, maar dat de ontwikkeling hiervan nog op gang moet komen. Patiënten en zorgverzekeraars kunnen ofwel directe invloed uitoefenen door over te stappen, ofwel indirect door aanbieders met elkaar te 'benchmarken'.</li> <li>• De NZa concludeert verder dat hoewel op de lange termijn in potentie voldoende ruimte is voor concurrentie tussen zorggroepen en/of andere aanbieders van ketenzorg, de concurrentie op korte termijn belemmerd kan worden door toe- en uittredingsdrempels voor zorgaanbieders en overstapdrempels voor patiënten en verzekeraars.</li> <li>• Een belangrijke aanwijzing voor aanmerkelijke marktmacht (AMM) is een marktaandeel groter dan 55%; een significant aantal zorggroepen heeft een marktaandeel groter dan 55%.</li> <li>• De ontwikkeling van zorggroepen lijkt zich nu nog in de beginfase te bevinden. De daadwerkelijke aanwezigheid van AMM van een zorggroep hangt af van de specifieke situatie. Het hebben van een hoog marktaandeel hoeft op zichzelf geen probleem te zijn. Van belang is om te beoordelen of dit hoge marktaandeel, waardoor een partij een sterke positie op de markt heeft, gecompenseerd wordt door andere factoren. Indien deze factoren het hoge marktaandeel onvoldoende compenseren, kan er sprake zijn van AMM. Belangrijk hierbij te vermelden is dat de daadwerkelijke aanwezigheid van marktmacht afhangt van specifieke omstandigheden per zorggroep.</li> <li>• Een positie van AMM van zorggroepen kan leiden tot mededingingsproblemen, die met name de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg zouden kunnen schaden. De kwaliteit van de zorg wordt gewaarborgd door de zorgstandaarden.</li> <li>• De NZa adviseert op korte termijn de regelgeving niet te veranderen. Wel zal de NZa, om de publieke belangen te borgen, nauwgezet toezicht houden en waar noodzakelijk gericht het AMM-instrument inzetten.</li> <li>• De NZa concludeert in deze uitvoeringstoets dat zich in het uiterste geval de noodzaak voor zou kunnen doen om een verplichting op te leggen tot schaalverkleining. Hiermee zou duurzaam het hoofd geboden kunnen worden aan belemmeringen van de concurrentie of het op gang komen ervan, die het gevolg zijn van de ongebreidelde (natuurlijke) groei van een zorggroep leidend tot een AMM-positie.</li> </ul>
12	NZa, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De NZa concludeert dat verpleging, diagnostiek en farmacie per 1 januari 2011 opgenomen kunnen worden in de integrale bekostiging van ketenzorg, met als een van de voorwaarden opname van deze functies in de zorgstandaard voor de betreffende vorm van ketenzorg.</li> <li>• Nadrukkelijk wordt hierbij opgemerkt dat de schottenprobleem tussen de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en de Zvw (Zorgverzekeringswet) een ingewikkeld vraagstuk is, dat moet worden opgelost door VWS en het CVZ, alvorens verpleging opgenomen kan worden in de keten.</li> <li>• De NZa concludeert dat hulpmiddelen per 1 januari 2011 niet opgenomen kunnen worden in de integrale bekostiging van ketenzorg. De belangrijkste reden hiervoor is dat de NZa heeft geen aanwijzingen heeft aan de voorwaarde 'opname in de zorgstandaard' tijdig kan worden voldaan.</li> <li>• De NZa adviseert om per 1 januari 2011 geen nieuwe ketens in te voeren in aanvulling op die van Diabetes, COPD, VRM en hartfalen. De conclusie bij de eerste harde randvoorwaarde is dat de staat van ontwikkeling van zorgstandaarden voor zorg rond astma, CVA en dementie zodanig is, dat niet valt te verwachten dat deze op 1 januari 2011 gereed zal zijn. Voor artrose, depressie en obesitas acht de NZa het in principe mogelijk dat er op 1 januari 2011 een geaccepteerde zorgstandaard ligt, mits de ontwikkeling en autorisatie daarvan voorspoedig en volgens planning verloopt.</li> <li>• De uitvoerbaarheid vormt een duidelijk knelpunt voor iedere uitbreiding van de integrale bekostiging. Uitstel van de uitbreiding biedt de gelegenheid om ervaring op te doen met de eerste invulling van de ketenbekostiging, lopende experimenten, en oplossingen te vinden voor gesignaleerde vraagstukken.</li> </ul>

**zc. In hoeverre werkt de (dreiging op) concurrentie zodanig dat qua prijs en kwaliteit gunstige contracten worden afgesloten? (vervolg)**

Onderzoek		Kernbevinding
17	Struijs et al., RIVM, 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De inhoud en prijs van de keten-dbc varieert. Alle geëvalueerde keten-dbc contracten voldoen op hoofdlijnen aan de NDF zorgstandaard. Zo omvatten alle contracten de jaarlijkse en driemaandelijke controles, het jaarlijkse oog- en voetonderzoek en ook het labonderzoek. De verschillen tussen de keten-dbc contracten zitten in afspraken over additionele diabetesgerelateerde huisartsconsulten, begeleiding bij het minderen of stoppen met roken en/of de voetzorg. Het tarief varieert sterk: van 258 euro tot 474 euro per patiënt per jaar.</li> <li>• Zorgverleners ervaren een sterke onderhandelingspositie van de zorggroep bij het inkoopproces.</li> <li>• De keuzevrijheid voor patiënten staat onder druk door werken met voorkeursleveranciers.</li> <li>• De precieze inhoud van een keten-dbc contract is niet eenduidig gedefinieerd. Hierdoor bestaat het gevaar dat onderdelen dubbel worden bekostigd.</li> <li>• De zorgstandaard speelt een cruciale rol bij zorginkoop; daarom is verduidelijking en aanvulling op een aantal punten nodig.</li> <li>• De samenhang tussen de inhoud van de zorgstandaard, keten-dbc en basispakket verdient aandacht.</li> <li>• Er zijn openstaande vraagstukken bij de invoering van meerdere keten-dbc's, onder andere over zorgstandaarden voor andere ziekten en over multimorbiditeit.</li> </ul>
18	Struijs, et al., RIVM, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De organisatiestructuur van zorggroepen is vrijwel onveranderd sinds de start van integrale bekostiging, zorggroepen zijn nog steeds voornamelijk monodisciplinaire huisartsenverbanden.</li> <li>• De verschillen tussen keten-dbc contract en zijn kleiner qua inhoud en tarief.</li> </ul>
19	Van Til et al., RIVM, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In maart 2010 participeerde ruim drie kwart van huisartsen in één van de 97 zorggroepen</li> <li>• Huisartsen zijn nog steeds de belangrijkste speler; het merendeel van de zorggroepen (83%) is monodisciplinair en bestaat uitsluitend uit huisartsen.</li> <li>• Zorggroepen zijn tevreden over het resultaat, maar ontevreden over proces van onderhandelingen met zorgverzekeraars.</li> <li>• Zorggroepen zijn zeer tevreden over zowel het resultaat als het proces van onderhandelingen met onderaannemers.</li> </ul>
20	Venema et al, Nivel, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het aantal zorggroepen in een GGD-regio heeft een significant effect op de prijzen van de keten-dbc contracten; hoe hoger de regionale concurrentie (dus hoe meer zorggroepen in een bepaalde regio) hoe lager de prijzen.</li> <li>• De prijzen van de keten-dbc contracten zijn niet significant hoger of lager bij een groter aantal huisartsen in de zorggroep.</li> <li>• De concentratie van verzekeraars op de regionale markt heeft geen significante invloed op de prijs van de keten-dbc contracten.</li> <li>• Additionele kwaliteits –en rapportage-eisen in de contracten leiden niet noodzakelijkerwijs tot een hogere prijs.</li> <li>• Managers van zorggroepen geven aan dat het moeilijk is te voldoen aan additionele inkoopvoorwaarden van alle verzekeraars.</li> <li>• Zorgverzekeraars hebben in keten-dbc contracten additionele afspraken vastgelegd die niet overeenstemmen met de NZa-beleidsregel 'Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen'.</li> </ul>

**zd. In hoeverre wordt gewerkt volgens zorgstandaarden en komt de geplande samenwerking tussen zorgaanbieders tot stand?**

Onderzoek		Kernbevinding
2	Adviesgroep ketenzorg en LVG, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80-100% van de huisartsen beschikt over een praktijkondersteuner.</li> <li>• Datamanagement geschiedt door een externe partij (45%), in eigen beheer (22%) of via standaardrapportages uit HIS of KIS (17%).</li> <li>• De deelnemende zorggroepen geven allemaal feedback aan de aangesloten zorgverleners, meestal door middel van praktijkbezoeken (41%), soms tijdens zorggroepbijeenkomsten (16%), soms alleen schriftelijk (12%) of een combinatie.</li> <li>• 57% van de deelnemende zorggroepen beschikt over een kaderhuisarts diabetes.</li> <li>• De deelnemende zorggroepen varieerden sterk in omvang (203 tot 20.423 mensen met diabetes type 2 die deelnemen aan het zorgprogramma, gemiddeld 5253).</li> </ul>
3	Bakker, NVD, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 150 van de deelnemende diëtisten zijn betrokken bij een zorggroep, 90 diëtisten niet.</li> <li>• Zorggroepen contracteren ofwel alle diëtisten in een regio of zoeken naar wegen om dit niet te hoeven doen.</li> <li>• Ruim de helft van de diëtisten geeft aan betrokken te zijn geweest bij het bepalen van de inzet in de zorggroep. Bijna alle deelnemende diëtisten geven individuele dieetbehandeling. 70% geeft groepsbehandeling (1-2 bijeenkomsten), 40% geeft educatieve voorlichting en 35% van de diëtisten ondersteunt de praktijkondersteuner en de doktersassistente. 28% geeft ook nog anderszins inhoudelijke advisering aan de zorggroep en bijna 10% heeft bestuurs- en/of managementtaken.</li> <li>• Als een nieuwe diabeet wordt doorverwezen naar de diëtist ontvangt deze in 80% van de gevallen 2 uur of minder dieetbehandeling, 60% van de diëtisten vindt dit onvoldoende. 70% van de diabeten ontvangt in een volgend jaar minder dan 1 uur dieetadvies, 40% van de diëtisten vindt dit onvoldoende.</li> <li>• De honorering vindt meestal per behandelde patiënt plaats. Daarnaast ontvangen diëtisten in voorkomende gevallen een vast bedrag voor andere werkzaamheden voor de zorggroep. Het uurtarief zit in 80% van de gevallen rond of boven het tarief dat door zorgverzekeraars wordt betaald voor dieetadvies via de basisverzekering. Een enkeling ontvangt een lager tarief. Het declareren voorloopt voorspoedig. In 83% van de gevallen is er geen probleem.</li> <li>• Eén derde van de deelnemende diëtisten die geen contract heeft met een zorggroep, wil ook geen contract. Ruim een kwart van de diëtisten die geen contract heeft, geeft aan hier nog mee bezig te zijn. 10% van de zorggroepen heeft de keuze gemaakt voor een andere diëtist. En bijna evenveel zorggroepen kopen geen diëtetik in. In een kwart van de gevallen is er in de omgeving nog geen zorggroep.</li> </ul>
13	Postma et al., NPCF en Hogeschool Utrecht, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het merendeel van de apothekers (64%) gaf aan dat men nog geen voorstellen had gemaakt om farmaceutische zorg in de integrale zorg te betrekken. Wel is er vaak informatief contact met zorggroepen geweest.</li> <li>• Van de kant van zorggroepen is nog geen duidelijke vraag tot (extra) betrokkenheid van de apotheken gekomen.</li> <li>• Bij apotheken die wél voorstellen hebben gedaan (36%), valt op dat slechts één op de vijf tot concrete afspraken is gekomen; voor de meeste initiatiefnemers geldt dat het gesprek nog gaande is.</li> <li>• Zes op de tien apothekers meldt dat men bezig is met voorstellen tot deelname aan integrale zorg rond bepaalde aandoeningen te doen in het komende jaar (2011); 62% van de initiatiefnemers verwacht dat zij slechts in beperkte mate de kans tot meedoen krijgen: naast 31% die een volwaardige deelname verwacht en 7% die rekening houdt met buitensluiting door de zorggroep.</li> <li>• Als belangrijke voorwaarden voor betrokkenheid bij ketenzorg zijn genoemd: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. het principe van gelijkwaardigheid binnen de zorggroep, en erkenning van de apotheek als discipline die toegevoegde waarde brengt;</li> <li>2. praktische ondersteuning bij de invulling van de nieuwe rol door de relevante brancheorganisaties;</li> <li>3. versnelde ontwikkeling van een elektronisch patiëntendossier voor betrouwbare uitwisseling van informatie over de patiënt;</li> <li>4. deugdelijke richtlijnen op basis van wetenschappelijk onderzoek ('evidence') en inzichten uit 'best practice'.</li> </ol> </li> </ul>

**zd. In hoeverre wordt gewerkt volgens zorgstandaarden en komt de geplande samenwerking tussen zorgaanbieders tot stand? (vervolg)**

Onderzoek		Kernbevinding
17	Struijs et al., RIVM, 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorggroepen zijn er in alle soorten en maten, de huisarts is altijd de belangrijk(st)e speler.</li> <li>• De effecten van keten-dbc op het werkproces zijn positief, ICT is een beperkende factor.</li> <li>• De zorgstandaard speelt een cruciale rol bij zorginkoop; daarom is verduidelijking en aanvulling op een aantal punten nodig.</li> <li>• De samenhang tussen de inhoud van de zorgstandaard, keten-dbc en het basispakket verdient aandacht.</li> <li>• Er zijn openstaande vraagstukken bij de invoering van meerdere keten-dbc's, onder andere over zorgstandaarden voor andere ziekten en over multimorbiditeit.</li> </ul>
18	Struijs, et al., RIVM, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiëntenparticipatie is zowel qua zelfmanagementondersteuning als inspraak op organisatorisch niveau nog onvoldoende ontwikkeld, maar krijgt wel steeds meer aandacht binnen de zorggroepen.</li> <li>• ICT voldoet nog steeds niet aan informatiebehoefte van alle betrokkenen, maar ook is er een gebrek aan eenheid van registeren en berekenen van indicatoren.</li> <li>• De transparantie van de kwaliteit van geleverde zorg is nog onvoldoende.</li> </ul>
19	Van Til et al., RIVM, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De meeste zorggroepen hebben samenwerkingsafspraken met oogarts en internist, bijna de helft met de podotherapeut, bijna een kwart met de fysiotherapeut en bijna een vijfde met de apotheker.</li> </ul>
21	De Wildt et al., LVG, 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De huisarts en de poh zijn de meest betrokken disciplines in het zorgprogramma diabetes; fysiotherapeut, apotheker en verpleegkundige zijn het minst betrokken. Zorggroepen hebben nog niet met alle betrokken disciplines samenwerkingscontracten.</li> </ul>
23	DVN, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De geboden zorg voldoet nog niet volledig aan de zorgstandaard.</li> <li>• Bloedonderzoek en het onderzoek naar de ogen en nieren wordt in bijna alle gevallen in ieder geval jaarlijks of vaker gedaan.</li> <li>• Patiënten zijn goed op de hoogte van persoonlijke streefwaarden en hebben een goede algemene kennis (men weet bijvoorbeeld goed hoe vaak en door wie men gecontroleerd moet worden).</li> <li>• De bepaling van het BMI, de meting van lengte en gewicht en het onderzoek naar complicaties wordt bij het grootste deel van de respondenten nog niet uitgevoerd.</li> <li>• Als een controle niet wordt uitgevoerd, wordt met één op de vier mensen niet besproken waarom dit niet wordt gedaan.</li> <li>• Eén op de vier respondenten die meer vragen heeft over geldproblemen en seksueel functioneren weet niet waar hij of zij terecht kan. Van de psychische klachten die mensen hebben, staan klachten op het gebied van seksueel functioneren wel op de tweede plek.</li> <li>• De Zorgwijzer is bij ongeveer de helft van de mensen nog onbekend.</li> <li>• Meer dan de helft van de respondenten heeft geen individueel zorgplan.</li> <li>• Er zijn grote verschillen in de mate waarin mensen met diabetes in staat zijn zelf de regie te voeren. Dit heeft te maken met verschillen in ervaren gezondheid en de vaardigheden die men bezit.</li> <li>• De mate waarin mensen in staat zijn tot zelfregie heeft geen invloed op de mate waarin de zorgstandaard wordt toegepast: zorgverleners zijn niet meer of minder betrokken bij mensen met een hoger of lager niveau van zelfregie.</li> <li>• De partner staat op de tweede plaats wat betreft belangrijkste persoon die hulp biedt. De vraag is of deze hier voldoende op toegerust is of hier meer ondersteuning in kan gebruiken.</li> </ul>
25	Lemmens et al., RIVM, 2012 geaccepteerd bij TSG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorggroepen gebruiken de NDF zorgstandaard zowel bij het opstellen van het zorgprogramma diabetes als bij het zorginkoopproces.</li> <li>• De controles en zorgactiviteiten zoals omschreven in Bijlage 3 van de zorgstandaard zijn grotendeels opgenomen in de zorgprogramma's van de zorggroepen.</li> <li>• Zorggroepen maken gebruik van de functionele omschrijving in de vorm van taakherschikking en er vindt samenwerking tussen de kerndisciplines plaats.</li> <li>• De beoogde structurele samenwerkingsverbanden met de overige zorgverleners komen nog weinig tot stand en de centrale rol van de patiënt is nog onvoldoende vormgegeven.</li> <li>• Zorggroepen missen in de zorgstandaard de mogelijkheid om zorg op maat te kunnen leveren.</li> <li>• Het merendeel van de zorggroepen (95%) is tevreden over de zorgstandaard.</li> <li>• De zorgstandaard biedt voor zorggroepen voldoende houvast. Wel dient de bruikbaarheid van de zorgstandaard continu geëvalueerd te worden vanwege de tweeledige rol die hij vervult en vanwege de taakherschikking die mogelijk is geworden door de functionele omschrijving. Daarnaast zijn aanpassingen op het gebied van de diversiteit van patiëntgroepen en de centrale rol van de patiënt wenselijk.</li> </ul>



**zd. In hoeverre wordt gewerkt volgens zorgstandaarden en komt de geplande samenwerking tussen zorgaanbieders tot stand? (vervolg)**

Onderzoek		Kernbevinding
26	Raaijmakers et al., Universiteit Maastricht en Rescon, 2011	<p>Zorgprofessionals</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgprofessionals hebben een matig positieve houding ten opzichte van de NDF zorgstandaard.</li> <li>• Professionals kennen de zorgstandaard niet precies, minder dan de helft heeft de zorgstandaard in zijn bezit.</li> <li>• Twee derde van de zorgprofessionals geeft aan dat de zorgstandaard bijdraagt aan het waarborgen van de kwaliteit van zorg.</li> <li>• Zorgprofessionals werken veelal nog niet conform zorgstandaard; het opstellen van een individueel zorgplan en de samenwerking binnen en tussen de lijnen gebeurt nog onvoldoende, maar het uitvoeren van de jaarlijkse controle en bijbehorende onderzoeken en het betrekken van patiënten wordt wel grotendeels conform de zorgstandaard gedaan.</li> <li>• Bijna drie kwart ervaart belemmeringen, de top 5 was: toegang tot effectieve leefstijlprogramma's, zorg aan moeilijk bereikbare groepen, financiering, wet- en regelgeving bij het verlenen van zorg conform de zorgstandaard, gestandaardiseerd registreren en uitwisselen van gegevens en werken in multidisciplinaire teams.</li> <li>• Apothekers, fysiotherapeuten en diëtisten willen meer erkenning voor hun rol binnen de diabeteszorg.</li> </ul> <p>Patiënten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De resultaten van het onderzoek onder patiënten bevestigen de conclusie dat de behandeling vaak nog niet volledig wordt uitgevoerd conform de NDF zorgstandaard.</li> <li>• Patiënten zijn over het algemeen tevreden over de ontvangen zorg en ervaren in hoge mate door de zorgverlener betrokken te worden bij hun behandeling.</li> <li>• Ongeveer de helft is niet bekend met de Diabetes Zorgwijzer en een zesde had de zorgwijzer in zijn bezit.</li> <li>• Patiënten geven aan dat de informatie die ze krijgen van verschillende zorgverleners over het algemeen redelijk tot goed overeenkomt.</li> <li>• Een derde had helemaal geen individueel zorgplan; het merendeel van de mensen met een zorgplan had een mondeling zorgplan.</li> <li>• Bijna de helft gaf aan meer informatie en/of steun te willen over diabetes in het dagelijks leven.</li> </ul>
27	Van Boheemen et al., Nivel, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een individueel zorgplan is niet gangbaar, 6% van de respondenten geeft aan een individueel zorgplan te hebben. Ruim een derde van alle respondenten geeft aan dat er een plan gemaakt is om de risicofactoren aan te pakken.</li> <li>• De meeste patiënten vinden dat ze basale en praktische informatie over hun medicijnen hebben ontvangen.</li> <li>• 15% van de patiënten bezit zelf een totaalbeeld van hun medicatie.</li> <li>• De huisarts speelt bij de meeste patiënten een belangrijke en centrale rol in de zorg voor hart- en vaatziekten. De meeste patiënten zien de huisarts als de zorgverlener waarvan zij de meeste zorg en ondersteuning krijgen.</li> <li>• Aan bijna 30% van de patiënten is uitgelegd welke andere zorgverleners zouden kunnen helpen.</li> <li>• De afstemming tussen zorgverleners kan volgens patiënten beter; bijna een derde aan soms of vaak tegenstrijdige informatie te ontvangen van verschillende zorgverleners en meer dan een kwart moet vaak hetzelfde verhaal vertellen.</li> <li>• Er wordt nog weinig actieve inbreng van patiënten gevraagd; een derde krijgt de vraag wat voor een doelen hij/zij wil bereiken.</li> <li>• en minderheid van de patiënten kreeg leefstijladviezen; 37% van de patiënten kreeg het advies gezonder en/of minder te eten en 40% om meer te bewegen. Van de rokers kreeg ruim 60% het advies om te stoppen.</li> </ul>

**zd. In hoeverre wordt gewerkt volgens zorgstandaarden en komt de geplande samenwerking tussen zorgaanbieders tot stand? (vervolg)**

Onderzoek		Kernbevinding
28	Snouijns et al., Nivel, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bijna twee derde van de specialisten is bekend met de zorgstandaard VRM, slechts een minderheid heeft alle delen van de zorgstandaard doorgenomen.</li> <li>• Een derde van de specialisten geeft aan een digitaal of schriftelijk vastgelegd individueel zorgplan te maken.</li> <li>• Iets meer dan de helft van de specialisten geeft aan structurele samenwerkingsafspraken met de eerste lijn te hebben, vaker hebben ze afspraken met andere specialisten.</li> <li>• Vrijwel alle specialisten zetten in het dossier of een patiënt CVA/TIA, diabetes of hypertensie heeft en ook risicofactoren als cholesterol, familiehistorie en bloeddruk zijn bij een grote meerderheid goed zichtbaar.</li> <li>• 91% van de deelnemende specialisten zet de rookstatus duidelijk zichtbaar in het dossier.</li> <li>• Een derde van de deelnemende specialisten geeft aan dat in hun ziekenhuis activiteiten ontplooid worden om de zorgstandaard te implementeren.</li> <li>• De helft van de specialisten heeft een actueel medicatieoverzicht voor alle patiënten en een derde voor de meeste patiënten.</li> <li>• In bijna twee derde van de ziekenhuizen is een aparte poli of spreekuur voor VRM, men wijst vooral mensen met perifeer arterieel lijden of cerebrovasculair lijden hiernaar door en minder vaak mensen met diabetes of nierfalen.</li> </ul>
29	Vervloet et al., Nivel, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een vijfde van de deelnemende huisartsen geeft aan de zorgstandaard VRM te hebben ontvangen, een derde van deze huisartsen heeft hem niet gelezen.</li> <li>• Een kwart van de huisartsen geeft aan een individueel zorgplan op te stellen.</li> <li>• Circa 60% van de huisartsen geeft aan een risicoprofiel bij alle of een meerderheid van de patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten op te stellen.</li> <li>• 9% van de huisartsen wijst een centrale zorgverlener aan.</li> <li>• Vrijwel alle huisartsen zetten in het dossier of een patiënt diabetes of hypertensie heeft.</li> <li>• 20% van de huisartsen zet het totale risico op hart- en vaatziekten op een duidelijke zichtbare plaats in het dossier.</li> <li>• Iets meer dan drie kwart van de huisartsen bezit voor de meerderheid van de patiënten een totaaloverzicht van de medicatie.</li> <li>• Iets meer dan de helft van de huisartsen maakt afspraken met zorgverleners uit de eerste lijn, vooral met diëtisten, diabetesverpleegkundigen en apothekers; samenwerkingsafspraken hebben vooral betrekking op de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.</li> <li>• Een vijfde van de huisartsen heeft afspraken met zorgverleners uit de tweede lijn (internisten en cardiologen) en dan vooral over verwijzen en terugverwijzen.</li> </ul>

ze. In hoeverre worden patiënten betrokken bij de zorg, in hoeverre treedt zelfmanagement op?

Onderzoek	Kernbevinding
6	Van Dijk et al., Julius Centrum, 2010
8	Van Dijk et al., Nivel, 2012
9	Elissen et al., Universiteit Maastricht, 2012
17	Struijs et al., RIVM, 2009
18	Struijs, et al., RIVM, 2012
19	Van Til et al., RIVM, 2010
21	De Wildt et al., LVG, 2008
25	Lemmens et al., RIVM, 2012 geaccepteerd bij TSG

ze. In hoeverre worden patiënten betrokken bij de zorg, in hoeverre treedt zelfmanagement op? (vervolg)

Onderzoek		Kernbevinding
26	Raaijmakers et al., Universiteit Maastricht en Rescon, 2011	<p>Zorgprofessionals</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgprofessionals hebben een matig positieve houding ten opzichte van de NDF zorgstandaard.</li> <li>• Professionals kennen de zorgstandaard niet precies, minder dan de helft heeft de zorgstandaard in zijn bezit.</li> <li>• Twee derde van de zorgprofessionals geeft aan dat de zorgstandaard bijdraagt aan het waarborgen van de kwaliteit van zorg.</li> <li>• Zorgprofessionals werken veelal nog niet conform de zorgstandaard; het opstellen van een individueel zorgplan en de samenwerking binnen en tussen de lijnen gebeurt nog onvoldoende, maar het uitvoeren van de jaarlijkse controle en bijbehorende onderzoeken en het betrekken van patiënten wordt wel grotendeels conform de zorgstandaard gedaan.</li> <li>• Bijna drie kwart ervaart belemmeringen, de top 5 was: toegang tot effectieve leefstijlprogramma's, zorg aan moeilijk bereikbare groepen, financiering, wet- en regelgeving bij het verlenen van zorg conform de zorgstandaard, gestandaardiseerd registreren en uitwisselen van gegevens en werken in multidisciplinaire teams.</li> <li>• Apothekers, fysiotherapeuten en diëtisten willen meer erkenning voor hun rol binnen de diabeteszorg.</li> </ul> <p>Patiënten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De resultaten van het onderzoek onder patiënten bevestigen de conclusie dat de behandeling vaak nog niet volledig wordt uitgevoerd conform de NDF zorgstandaard.</li> <li>• Patiënten zijn over het algemeen tevreden over de ontvangen zorg en ervaren in hoge mate door de zorgverlener betrokken te worden bij hun behandeling.</li> <li>• Ongeveer de helft is niet bekend met de Diabetes Zorgwijzer en een zesde had de zorgwijzer in zijn bezit.</li> <li>• Patiënten geven aan dat de informatie die ze krijgen van verschillende zorgverleners over het algemeen redelijk tot goed overeenkomt.</li> <li>• Een derde had helemaal geen individueel zorgplan; het merendeel van de mensen met een zorgplan had een mondeling zorgplan.</li> <li>• Bijna de helft gaf aan meer informatie en/of steun te willen over diabetes in het dagelijks leven.</li> </ul>

zf. In hoeverre komt de beoogde transparantie tot stand in de kwaliteit van de geleverde zorg aan de patiënt?

Onderzoek		Kernbevindingen
2	Adviesgroep ketenzorg en LVG, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datamanagement geschiedt door een externe partij (45%), in eigen beheer (22%) of via standaardrapportages uit HIS of KIS (17%).</li> <li>• De deelnemende zorggroepen geven allemaal feedback aan de aangesloten zorgverleners, meestal door middel van praktijkbezoeken (41%), soms tijdens zorggroepbijeenkomsten (16%), soms alleen schriftelijk (12%) of een combinatie.</li> <li>• 57% van de deelnemende zorggroepen beschikt over een kaderhuisarts diabetes.</li> <li>• Van de procesindicatoren scoorden de HbA1c, 'lipiden bepaald', 'kreatinine bepaald' en 'bloeddruk bepaald' het hoogste. De indicatoren 'urineonderzoek verricht' en 'BMI berekend' scoorden iets lager, en de indicatoren 'rookstatus vastgelegd', 'funduscontrole' en 'voetonderzoek verricht' scoorden het laagst. Opvallend bij alle indicatoren zijn de aanzienlijke verschillen tussen de hoogst en de laagst scorende groepen. De interpretatie daarvan is lastig. Onduidelijk is of het gaat om onderrapportage door registratie- of extractieproblemen, of om daadwerkelijke verschillen in prestatie.</li> <li>• De uitkomstindicator HbA1c &lt; 7 is gemiddeld 68,8% en HbA1c &gt; 8,5 is gemiddeld 4,8%. De uitkomstindicator LDL &lt; 2,5 is gemiddeld 53%. Hoewel het aantal mensen dat statines gebruikt in de rapportage ook laag is, lijkt dit geen verklaring. Veeleer lijkt sprake van onderrapportage van statinegebruik. Ook mogelijke inclusie van mensen met gestoorde glucosetolerantie kan hierbij een rol spelen. Het aantal mensen met een systolische bloeddruk &lt; 140 is 52%. Het aantal patiënten met een BMI &lt; 25 is zoals verwacht erg laag. Van belang is te beseffen dat overgewicht als zodanig gecorreleerd is aan de kans op het ontstaan van diabetes. Het aantal rokers is over de groepen redelijk stabiel, het aantal 'stop met roken'-adviezen varieert enorm. Naar verwachting is dit voornamelijk een registratieprobleem.</li> <li>• Ook het aantal mensen bekend met retinopathie verschilt enorm. Ook hieraan liggen minstens registratie- en extractieproblemen ten grondslag.</li> <li>• De interpretatie van verschillen in uitkomstindicatoren is niet gemakkelijk. Allereerst spelen technische problemen rond registratie en extractie. Daarnaast kunnen populatieverschillen (casemix) ongetwijfeld een deel van de verschillen verklaren. Ten slotte is het aantal jaren dat een zorggroep actief is en aan de hand van spiegelinformatie kwaliteitsbeleid voert ongetwijfeld een belangrijke variabele ten aanzien van de uitkomsten.</li> </ul>
9	Elissen et al., Universiteit Maastricht, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zelfmanagementondersteuning en klinische informatiesystemen zijn nog onderontwikkeld. De organisatie van het zorgproces is verbeterd, maar volledige integratie is nog lang niet bereikt. Beslissingsondersteuning is aanwezig met name door het standaardiseren van processen volgens de NDF zorgstandaard, maar nog niet alle zorggroepen hebben van alle patiënten de vereiste procesindicatoren uit de zorgstandaard beschikbaar.</li> </ul>
14	Schellevis, Universiteit Leiden, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op de dimensies Procesbeheer ('aanwezigheid van multidisciplinair protocol' en 'gebruik van criteria in multidisciplinair protocol') en Personeelsbeleid ('toetredingseisen nieuwe zorgverleners', 'organiseren bij- en nascholing' en 'aanbieden van spiegelinformatie aan zorgverleners') is er sprake van een sterke mate van kwaliteitsborging.</li> <li>• Op de dimensie Kwaliteitsdocumenten ('aanwezigheid van een kwaliteitsfunctionaris' en 'werken met een kwaliteitssysteem') is er slechts in beperkte mate sprake van kwaliteitsborging.</li> <li>• Bij de overige dimensies van kwaliteitsborging (Patiëntbetrokkenheid, Procesverbetering, Interdisciplinaire samenwerking en Contracteren) verschilt de mate van kwaliteitsborging sterk tussen de onderzochte zorggroepen.</li> <li>• Er zijn aanwijzingen dat de mate van kwaliteitsborging op drie van de zeven dimensies (Kwaliteitsdocumenten, Patiëntbetrokkenheid en Procesverbetering) positief beïnvloed wordt door een hoge mate van professionaliteit waarmee de zorggroep wordt bestuurd en gecontroleerd; voor een dergelijke relatie op de overige vier dimensies zijn geen aanwijzingen gevonden.</li> </ul>

**zf. In hoeverre komt de beoogde transparantie tot stand in de kwaliteit van de geleverde zorg aan de patiënt? (vervolg)**

Onderzoek		Kernbevinding
15	Smeele et al., Zorggroep DOH, 2012 geaccepteerd bij Huisarts en Weten- schap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij een goed georganiseerde eerstelijns zorggroep met een actieve implementatiestrategie duurt het een aantal jaren voordat registratie in het reguliere zorgproces van indicatoren COPD huisartsenzorg van voldoende niveau is, praktische knelpunten belemmeren een snelle implementatie.</li> <li>• Tijdens de implementatie van een integraal bekostigd ketenzorgprogramma door een zorggroep is een aanzienlijke verbetering in registratie zichtbaar. Bij de nulmeting (2008) waren meeste indicatoren minder dan 50% geregistreerd, na 2 jaar steeg dit tot gemiddeld bijna 80% bij de indicatoren COPD huisartsenzorg. Bij de aanvullende indicatoren was de vooruitgang minder. Het is aannemelijk dat de verbeterde registratie samen ging met een verbeterd zorgproces.</li> <li>• Door onvoldoende registratie zijn er wat betreft patiëntuitkomsten nog geen conclusies te trekken.</li> <li>• Het registreren en extraheren van aanvullende COPD indicatoren (en patiëntuitkomsten) heeft een langere aanloop nodig en is niet aan te raden in de beginfase.</li> </ul>
17	Struijs et al., RIVM, 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De effecten van keten-dbc op het werkproces zijn positief, ICT is een beperkende factor.</li> <li>• De kwaliteit van diabeteszorg is goed, maar niet zichtbaar beter een jaar na invoering van de keten-dbc.</li> </ul>
18	Struijs, et al., RIVM, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De effecten op de kwaliteit van zorg zijn niet eenduidig te interpreteren, er zijn (kleine) verbeteringen in de proces- en uitkomstindicatoren, maar de klinische relevantie is niet duidelijk en langetermijneffecten, zoals uitstel of afstel van complicaties, zijn nog niet aan te tonen.</li> <li>• ICT voldoet nog steeds niet aan informatiebehoefte van alle betrokkenen, maar ook is er een gebrek aan eenheid van registeren en berekenen van indicatoren.</li> <li>• De transparantie van de kwaliteit van geleverde zorg is nog onvoldoende. Zorggroepen monitoren de kwaliteit van de zorg niet longitudinaal waardoor het nog onduidelijk is hoe kwaliteit van diabeteszorg is over een langere periode. Deze longitudinale analyses blijken nog niet goed mogelijk met de huidige registratiesystemen van zorggroepen. Inzicht in de in- en uitstroom van patiënten is van belang, evenals de overgang tussen de eerste en tweede lijn.</li> </ul>
19	Van Til et al., RIVM, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De meeste zorggroepen bieden verantwoordingsinformatie aan verzekeraar, spiegelinformatie en bij- en nascholing.</li> </ul>
21	De Wildt et al., LVG, 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De kwaliteit van de diabeteszorg is nog niet gegarandeerd en transparant (o.a. door knelpunten met uniforme en voldoende registratie door huisartsen en andere zorgaanbieders; discussie over prestatie-indicatoren; zorgaanbieders onvoldoende op de hoogte van zorgstandaard en protocollen; knelpunten t.a.v. ondersteuning door ICT-systemen).</li> </ul>
25	Lemmens et al., RIVM, 2012 geaccepteerd bij TSG	Geen van de kernbevindingen beantwoordt deze onderzoeksvraag expliciet. In het artikel zelf staat hier wel meer informatie over.

### 3 In hoeverre treden al dan niet gewenste neveneffecten op?

#### 3a. Wat zijn de gevolgen voor de samenhangende zorg in de wijk?

Geen van de onderzoeken beantwoordt deze onderzoeksvraag.

#### 3b. Wat zijn de gevolgen voor de samenhangende zorg voor de patiënt?

Onderzoek		Kernbevinding
7	Van Dijk et al., Nivel, 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er zijn aanwijzingen dat de toegankelijkheid van zorg – in termen van keuzevrijheid en selectie van patiënten – mogelijk beperkt zou kunnen worden bij integrale bekostiging, en dat de kwaliteit van zorg die buiten integrale bekostiging valt mogelijk afneemt.</li> <li>• Daarnaast kunnen bepaalde zorgverleners worden uitgesloten.</li> </ul>
8	Van Dijk et al., Nivel, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De mening over en beoordeling van de samenwerking en afstemming van zorg voor diabetespatiënten verschilt niet tussen patiënten binnen en buiten IB.</li> <li>• De ervaren programmatische aanpak van zorg verschilt niet sterk tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB. Diabetespatiënten binnen IB gaven wel vaker aan dat zij samen met hun zorgverlener(s) naar oplossingen voor problemen zochten. Binnen IB werd er in 2010 slechts beperkt zorg geleverd volgens een programmatische aanpak.</li> <li>• Zowel type 2-diabetespatiënten binnen als buiten IB gaven aan soms tot meestal zelf een taak te hebben in de medische behandeling, omgang met gevolgen, omgang met zorgverleners en leefstijlaanpassingen. De patiënten gaven ook aan weinig behoefte te hebben aan (extra) hulp of ondersteuning bij de uitvoering van deze zelfmanagementtaken.</li> <li>• IB lijkt vooralsnog geen invloed te hebben gehad op de zorg aan diabetespatiënten die niet onder de integraal bekostigde diabeteszorg valt. Ook lijkt IB geen invloed te hebben gehad op het aantal contacten van patiënten die voor al hun zorg buiten IB vielen. Wel lijkt door de introductie van IB het aantal verwijzingen naar de tweede lijn te zijn gedaald voor patiënten die voor al hun zorg buiten IB vielen.</li> </ul>
17	Struijs et al., RIVM, 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De samenhang tussen de inhoud van de zorgstandaard, keten-dbc en het basispakket verdient aandacht.</li> <li>• Er zijn openstaande vraagstukken bij de invoering van meerdere keten-dbc's, onder andere over zorgstandaarden voor andere ziekten en over multimorbiditeit.</li> </ul>
18	Struijs, et al., RIVM, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comorbiditeit en polyfarmacie staan nog niet hoog op de agenda van zorggroepen.</li> </ul>

#### 3c. Wat zijn de gevolgen voor de administratieve lasten van zorgaanbieders en verzekeraars?

Onderzoek		Kernbevinding
6	Van Dijk et al., Julius Centrum, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De contracteringsonderhandelingen tussen de zorggroepen en de zorgverzekeraar heeft veel inzet gevraagd van beide partijen: per zorggroep werd er gemiddeld 150 uur besteed aan voorbereiding, gesprekken en terugkoppeling na afloop. Bij de zorgverzekeraar, die in haar regio met 42 zorggroepen diende te onderhandelen, werd gemiddeld 36 uur per zorggroep aan menskracht ingezet.</li> <li>• De betrokken zorggroepen waren ontevreden over de wijze van onderhandelen, de inefficiëntie van het proces, het wisselende team bij de zorgverzekeraar en het opleggen van oplossingen door de verzekeraar. Redelijk tevreden was men met het uiteindelijke tarief, hoewel dit tarief volgens hen veel te weinig gebaseerd was op zorggroepspecifieke factoren en de kwaliteit van de geleverde diabeteszorg.</li> <li>• De zorgverzekeraar hanteerde beleidsregels en de zorgstandaard als uitgangspunt bij de onderhandelingen; ze was tevreden met het vastgestelde tarief. De zorgverzekeraar ontving zeer veel verschillende offertes van de zorggroepen. Daardoor heeft de verzekeraar, met tegenzin, besloten om een eenheidstarief vast te leggen.</li> </ul>
17	Struijs et al., RIVM, 2009	Geen van de kernbevindingen beantwoordt deze onderzoeksvraag expliciet. In het rapport zelf staat hier wel meer informatie over.
18	Struijs, et al., RIVM, 2012	Geen van de kernbevindingen beantwoordt deze onderzoeksvraag expliciet. In het rapport zelf staat hier wel meer informatie over.

### 3d. Wat zijn de gevolgen voor de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt?

Onderzoek	Kernbevinding
7 Van Dijk et al., Nivel, 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er zijn aanwijzingen dat de toegankelijkheid van zorg – in termen van keuzevrijheid en selectie van patiënten – mogelijk beperkt zou kunnen worden bij integrale bekostiging, en dat de kwaliteit van zorg die buiten integrale bekostiging valt mogelijk afneemt.</li> <li>• Daarnaast kunnen bepaalde zorgverleners worden uitgesloten.</li> </ul>
8 Van Dijk et al., Nivel, 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Slechts een minderheid van de diabeteszorg van patiënten in het NPCG werd niet via IB bekostigd (N niet IB=38 t.o.v. N IB=275).</li> <li>• Er lijkt geen sprake te zijn van selectie van patiënten binnen huisartsenpraktijken. Er lijkt wel sprake te zijn van selectie bij IB tussen huisartsenpraktijken: Type 2 diabetespatiënten buiten IB hebben vaker een laag opleidingsniveau en wonen vaker in een achterstandswijk.</li> <li>• Er zijn (nog) geen effecten zichtbaar van eventuele substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Wel lijkt IB te hebben geresulteerd in minder diabetespatiënten die contact hebben met een diëtist.</li> <li>• IB lijkt vooralsnog geen invloed te hebben gehad op de zorg aan diabetespatiënten die niet onder de integraal bekostigde diabeteszorg valt. Ook lijkt IB geen invloed te hebben gehad op het aantal contacten van patiënten die voor al hun zorg buiten IB vielen. Wel lijkt door de introductie van IB het aantal verwijzingen naar de tweede lijn te zijn gedaald voor patiënten die voor al hun zorg buiten IB vielen.</li> </ul>
11 NZa, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De NZa concludeert dat, hoewel op de lange termijn in potentie voldoende ruimte is voor concurrentie tussen zorggroepen en/of andere aanbieders van ketenzorg, de concurrentie op korte termijn belemmerd kan worden door toe- en uittredingsdrempels voor zorgaanbieders en overstapdrempels voor patiënten en verzekeraars.</li> <li>• Een belangrijke aanwijzing voor aanmerkelijke marktmacht (AMM) is een marktaandeel groter dan 55%; een significant aantal zorggroepen heeft een marktaandeel groter dan 55%.</li> <li>• De ontwikkeling van zorggroepen lijkt zich nu nog in de beginfase te bevinden. De daadwerkelijke aanwezigheid van AMM van een zorggroep hangt af van de specifieke situatie. Het hebben van een hoog marktaandeel hoeft op zichzelf geen probleem te zijn. Van belang is om te beoordelen of dit hoge marktaandeel waardoor een partij een sterke positie op de markt heeft, gecompenseerd wordt door andere factoren. Indien deze factoren het hoge marktaandeel onvoldoende compenseren, kan er sprake zijn van AMM. Belangrijk hierbij te vermelden is dat de daadwerkelijke aanwezigheid van marktmacht afhangt van specifieke omstandigheden per zorggroep.</li> <li>• Een positie van AMM van zorggroepen kan leiden tot mededingingsproblemen, die met name de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg zouden kunnen schaden. De kwaliteit van de zorg wordt gewaarborgd door de zorgstandaarden.</li> <li>• De NZa adviseert op korte termijn de regelgeving niet te veranderen. Wel zal de NZa, teneinde de publieke belangen te borgen, nauwgezet toezicht houden en waar noodzakelijk gericht het AMM-instrument inzetten.</li> <li>• De NZa concludeert in deze uitvoeringstoets dat zich in het uiterste geval de noodzaak voor zou kunnen doen om een verplichting op te leggen tot schaalverkleining. Hiermee zou duurzaam het hoofd geboden kunnen worden aan belemmeringen van de concurrentie of het op gang komen ervan, die het gevolg zijn van de ongebreidelde (natuurlijke) groei van een zorggroep leidend tot een AMM-positie.</li> </ul>
12 NZa, 2010	Geen van de kernbevindingen beantwoordt deze onderzoeksvraag expliciet. In het rapport zelf staat hier wel meer informatie over.
17 Struijs et al., RIVM, 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De keuzevrijheid voor patiënten staat onder druk door het werken met voorkeursleveranciers.</li> </ul>
18 Struijs, et al., RIVM, 2012	Geen van de kernbevindingen beantwoordt deze onderzoeksvraag expliciet. In het rapport zelf staat hier wel meer informatie over.
26 Raaijmakers et al., Universiteit Maastricht en Rescon, 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bijna drie kwart van de zorgaanbieders ervaart belemmeringen, de top 5 was: toegang tot effectieve leefstijlprogramma's, zorg aan moeilijk bereikbare groepen, financiering, wet- en regelgeving bij het verlenen zorg van conform de zorgstandaard, gestandaardiseerd registreren en uitwisselen van gegevens en werken in multidisciplinaire teams.</li> </ul>



### 3e. Wat zijn de gevolgen voor andere in de eerste lijn gepresenteerde zorgproblemen?

Onderzoek		Kernbevinding
7	Van Dijk et al., Nivel, 2011	<ul style="list-style-type: none"><li>• Er zijn aanwijzingen dat de toegankelijkheid van zorg – in termen van keuzevrijheid en selectie van patiënten – mogelijk beperkt zou kunnen worden bij integrale bekostiging, en dat de kwaliteit van zorg die buiten integrale bekostiging valt mogelijk afneemt.</li><li>• Daarnaast kunnen bepaalde zorgverleners worden uitgesloten.</li></ul>
8	Van Dijk et al., Nivel, 2012	<ul style="list-style-type: none"><li>• IB lijkt vooralsnog geen invloed te hebben gehad op de zorg aan diabetespatiënten die niet onder de integraal bekostigde diabeteszorg valt. Ook lijkt IB geen invloed te hebben gehad op het aantal contacten van patiënten die voor al hun zorg buiten IB vielen. Wel lijkt door de introductie van IB het aantal verwijzingen naar de tweede lijn te zijn gedaald voor patiënten die voor al hun zorg buiten IB vielen.</li></ul>



# 4 Samenvatting

In totaal heeft deze inventarisatie 49 onderzoeken opgeleverd die (gedeeltelijk) inzicht kunnen geven in de randvoorwaarden en effecten van integrale bekostiging. De afgeronde onderzoeken geven vooral informatie over in hoeverre de (dreigende) concurrentie en de onderhandelingen met de zorgverzekeraars van invloed zijn op de prijs en kwaliteit van de contracten en in hoeverre de beoogde transparantie van de kwaliteit van zorg tot stand komt. In de komende maanden zullen meer onderzoeksresultaten betreffende de invloed van IB op de geprognoseerde kostenreductie beschikbaar komen.



# Bijlagen

## Bijlage 1 Afgeronde onderzoeken

### B1.1 Afgeronde onderzoeken naar integrale bekostiging

Naam project/onderwerp	1. Contractering ketenzorg door zorggroepen in Nederland
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Adviesgroep ketenzorg en LVG (4), 2011
Doel en onderzoeksvragen	Het doel van het onderzoek was het verkrijgen van een representatief en landelijk beeld van de problemen die zorggroepen ervaren bij het contracteren van keten-dbc's. De onderzoeksvraag was: 1. Welke knelpunten ervaren zorggroepen bij het contracteren van de keten-dbc's?
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2b, 2c
Onderzoekszopzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Vragenlijstonderzoek onder zorggroepen (steekproef n= ruim 100, respons n=67)
Jaar gegevensverzameling	2011
Aandoening	Diabetes, COPD, VRM
Perspectief	Zorggroepen
Type indicatoren	Structuur
Uitkomstmaten*	5
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>In mei 2011 hadden bijna alle zorggroepen een contract voor diabetes ketenzorg (n=65). Vier zorggroepen hadden hier wel een verzoek voor gedaan, maar nog geen contract gesloten.</li> <li>Voor de COPD- en CRVM- ketenzorg hadden respectievelijk 24 en 11 zorggroepen een contract voor 2011. Een aantal zorggroepen had wel een verzoek gedaan (21 zorggroepen voor COPD-ketenzorg en 19 zorggroepen voor VRM-ketenzorg), maar had nog geen contract gesloten.</li> <li>Een meerderheid van de zorggroepen heeft te maken met verre zorgverzekeraars die weigeren te volgen (57%) en zorgverzekeraars die eenzijdig een format opleggen (57%). Ook geven zorggroepen aan dat een zorgverzekeraar weigert te onderhandelen of niet reageert op het aanbod (samen 50%).</li> <li>Zorggroepen noemen daarnaast nog andere problemen, zoals verschillen tussen zorgverzekeraars, verzekeraars die onderdelen uit de zorgstandaard schrappen en de tijdinvestering doordat er contacten voor één jaar worden getekend. Onduidelijk is hoe vaak deze problemen voorkomen.</li> <li>Zorggroepen ondervinden problemen met contracteren van ketenzorg en dit heeft ook gevolgen voor de patiënt. 73% van de zorggroepen lukt het om de zorg toch te leveren, bijvoorbeeld door betaling aan betrokken hulpverleners tijdelijk op te schorten. Maar in andere gevallen wordt de zorg niet meer geleverd, is de zorg van mindere kwaliteit of wordt er onderscheid gemaakt tussen patiënten van verschillende verzekeraars. In enkele gevallen hebben de problemen zelfs geleid tot het uiteenvallen van de zorggroep.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

Naam project/onderwerp	2. Transparantie Keten zorg Diabetes Mellitus. Rapportage zorggroepen 2010
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Adviesgroep ketenzorg en LVG (5), 2012
Doel en onderzoeksvragen	<p>Het doel van het project was geaggregeerde gegevens van zorggroepen op een verantwoorde wijze te verzamelen en daarover te rapporteren (gegevens analyseren, interpreteren en van commentaar te voorzien) en aanbevelingen te formuleren (over de dataverzameling zelf, de zorgpresentaties en de doorontwikkeling van indicatoren).</p> <p>De volgende aspecten werden onderzocht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• het aantal zorggroepen dat indicatoren kan leveren;</li> <li>• de indicatoren die geleverd worden;</li> <li>• de knelpunten bij het leveren van indicatoren.</li> </ul>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	1a, 2a, 2d, 2f
Onderzoeksoepzet	Longitudinaal
Follow-up in maanden	12
Manier van gegevensverzameling (n)	Uitvraag van gegevens die zorggroepen hebben verzameld over de door hen georganiseerde ketenzorg voor mensen bekend met diabetes mellitus type 2-dataregistratie (steekproef n=120 zorggroepen, respons n=49 zorggroepen, 257.423 patiënten), enquête (steekproef n=120 zorggroepen, respons n=58 zorggroepen)
Jaar gegevensverzameling	2010
Aandoening	Diabetes
Perspectief	Zorggroepen
Type indicatoren	Structuur, proces, uitkomst
Uitkomstmaten*	1, 4
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80-100% van de huisartsen beschikt over een praktijkondersteuner.</li> <li>• Datamanagement geschiedt door een externe partij (45%), in eigen beheer (22%) of via standaardrapportages uit HIS of KIS (17%).</li> <li>• De deelnemende zorggroepen geven allemaal feedback aan de aangesloten zorgverleners, meestal door middel van praktijkbezoeken (41%), soms tijdens zorggroepbijeenkomsten (16%), soms alleen schriftelijk (12%) of een combinatie.</li> <li>• 57% van de deelnemende zorggroepen beschikt over een kaderhuisarts diabetes.</li> <li>• De deelnemende zorggroepen varieerden sterk in omvang (203 tot 20.423 mensen met diabetes type 2 die deelnemen aan het zorgprogramma, gemiddeld 5253). De gemiddelde prevalentie is 4,6% en ruim 6% neemt niet deel aan het zorgprogramma.</li> <li>• Van de procesindicatoren scoorden de HbA1c, 'lipiden bepaald', 'kreatinine bepaald' en 'bloeddruk bepaald' het hoogste. De indicatoren 'urineonderzoek verricht' en 'BMI berekend' scoorden iets lager, en de indicatoren 'rookstatus vastgelegd', 'funduscontrole' en 'voetonderzoek verricht' scoorden het laagst. Opvallend bij alle indicatoren zijn de aanzienlijke verschillen tussen de hoogst en de laagst scorende groepen. De interpretatie daarvan is lastig. Onduidelijk is of het gaat om onderrapportage door registratie- of extractieproblemen, of om daadwerkelijke verschillen in prestatie.</li> <li>• De uitkomstindicator HbA1c &lt; 7 is gemiddeld 68,8% en HbA1c &gt; 8,5 is gemiddeld 4,8%. De uitkomstindicator LDL &lt; 2,5 is gemiddeld 53%. Hoewel het aantal mensen dat statines gebruikt in de rapportage ook laag is, lijkt dit geen verklaring. Veeleer lijkt sprake van onderrapportage van statinegebruik. Ook mogelijke inclusie van mensen met gestoorde glucosetolerantie kan hierbij een rol spelen. Het aantal mensen met een systolische bloeddruk &lt; 140 is 52%. Het aantal patiënten met een BMI &lt; 25 is zoals verwacht erg laag. Van belang is te beseffen dat overgewicht als zodanig gecorreleerd is aan de kans op het ontstaan van diabetes. Het aantal rokers is over de groepen redelijk stabiel, het aantal 'stop met roken'-adviezen varieert enorm. Naar verwachting is dit voornamelijk een registratieprobleem.</li> <li>• Ook het aantal mensen bekend met retinopathie verschilt enorm. Ook hieraan liggen minstens registratie- en extractieproblemen ten grondslag.</li> <li>• De interpretatie van verschillen in uitkomstindicatoren is niet gemakkelijk. Allereerst spelen technische problemen rond registratie en extractie. Daarnaast kunnen populatieverschillen (casemix) ongetwijfeld een deel van de verschillen verklaren. Ten slotte is het aantal jaren dat een zorggroep actief is en aan de hand van spiegelinformatie kwaliteitsbeleid voert ongetwijfeld een belangrijke variabele ten aanzien van de uitkomsten.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

Naam project/onderwerp	3. Diëtisten in zorggroepen
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Bakker (6), NVD, 2010
Doel en onderzoeksvragen	Het doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen in de ervaringen van diëtisten met zorggroepen en inzicht te krijgen in de omvang van de problemen die diëtisten tegenkomen. De volgende aspecten werden onderzocht: <ul style="list-style-type: none"> <li>• samenwerking;</li> <li>• contractering;</li> <li>• behandeltijd;</li> <li>• honorering;</li> <li>• taken diëtist in zorggroep.</li> </ul>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2d
Onderzoeksoptzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Vragenlijstonderzoek onder diëtisten (steekproef n=1400, respons n=240)
Jaar gegevensverzameling	2010
Aandoening	Diabetes, COPD, VRM
Perspectief	Onderaannemers
Type indicatoren	n.v.t.
Uitkomstmaten*	5
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 150 van de deelnemende diëtisten zijn betrokken bij een zorggroep, 90 diëtisten niet.</li> <li>• Zorggroepen contracteren ofwel alle diëtisten in een regio of zoeken naar wegen om dit niet te hoeven doen.</li> <li>• Ruim de helft van de diëtisten geeft aan betrokken te zijn geweest bij het bepalen van de inzet in de zorggroep. Bijna alle deelnemende diëtisten geven individuele dieetbehandeling. 70% geeft groepsbehandeling (1-2 bijeenkomsten), 40% geeft educatieve voorlichting en 35% van de diëtisten ondersteunt de praktijkondersteuner en de doktersassistente. 28% geeft ook nog anderszins inhoudelijke advisering aan de zorggroep en bijna 10% heeft bestuurs- en/of managementtaken.</li> <li>• Als een nieuwe diabeet wordt doorverwezen naar de diëtist ontvangt deze in 80% van de gevallen 2 uur of minder dieetbehandeling, 60% van de diëtisten vindt dit onvoldoende. 70% van de diabeten ontvangt in een volgend jaar minder dan 1 uur dieetadviesing, 40% van de diëtisten vindt dit onvoldoende.</li> <li>• De honorering vindt meestal per behandelde patiënt plaats. Daarnaast ontvangen diëtisten in voorkomende gevallen een vast bedrag voor andere werkzaamheden voor de zorggroep. Het uurtarief zit in 80% van de gevallen rond of boven het tarief dat door zorgverzekeraars wordt betaald voor dieetadviesing via de basisverzekering. Een enkeling ontvangt een lager tarief. Het declareren voorloopt voorspoedig. In 83% van de gevallen is er geen probleem.</li> <li>• Eén derde van de deelnemende diëtisten die geen contract heeft met een zorggroep, wil ook geen contract. Ruim een kwart van de diëtisten die geen contract heeft, geeft aan hier nog mee bezig te zijn. 10% van de zorggroepen heeft de keuze gemaakt voor een andere diëtist. En bijna evenveel zorggroepen kopen geen diëtetiek in. In een kwart van de gevallen is er in de omgeving nog geen zorggroep.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.



Naam project/onderwerp	4. Implications of integral funding for subcontracted care providers (afstudeeronderzoek)
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Besters (7), Universiteit van Tilburg, 2011
Doel en onderzoeksvragen	<p>Het doel van het onderzoek was inzicht krijgen in de effecten van integrale bekostiging en de oprichting van zorggroepen op de financiële prestaties en de kwaliteit van service van het huisartsenlaboratorium. De onderzoeksvragen waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Heeft de introductie van integrale bekostiging een negatief effect op de prijs van de diensten die het laboratorium aanbiedt aan de zorggroep?</li> <li>2. Heeft de introductie van integrale bekostiging een positief effect op de kwaliteit van de diensten die het laboratorium aanbiedt aan de zorggroep, in de perceptie van de zorggroep?</li> <li>3a. Heeft het aantal andere laboratoria in de regio van de zorggroep een negatief effect op de financiële prestaties van het laboratorium?</li> <li>3b. Heeft het aantal andere laboratoria in de regio van de zorggroep een positief effect op de geleverde kwaliteit van het laboratorium?</li> <li>4. Is de kwaliteit van de diabeteszorg in zijn geheel verbeterd door de invoering van integrale bekostiging?</li> </ol>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2c
Onderzoeksoptzet	Longitudinaal onderzoek
Follow-up in maanden	21
Manier van gegevensverzameling (n)	Interviews met managers van huisartsenlaboratoria (n=4); registratiedata over oogonderzoeken van twee zorggroepen (n=574)
Jaar gegevensverzameling	2009-2010 (registratiedata 4 kwartalen 2009 versus 3 kwartalen 2010)
Aandoening	Diabetes
Perspectief	Onderaannemers
Type indicatoren	Proces
Uitkomstmaten*	5
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het laboratorium wordt onder druk gezet om te voldoen aan de eisen van de zorggroepen en levert daardoor diensten van hogere kwaliteit.</li> <li>• Het laboratorium wordt echter niet onder druk gezet om de diensten tegen lagere prijzen te leveren, doordat er geen prikkel is voor de zorggroepen om goedkoper in te kopen.</li> <li>• In lijn met de afwezigheid van een effect op de prijzen, heeft de aanwezigheid van concurrenten geen effect op het tarief dat de zorggroep wil betalen aan het laboratorium.</li> <li>• De aanwezigheid van concurrenten heeft wel een positief effect op de kwaliteit en toegankelijkheid (voor patiënten) van de diensten die een laboratorium levert.</li> <li>• De invoering van integrale bekostiging beïnvloedt de kwaliteit van de totale diabeteszorg positief, afgemeten aan de verbeterde opkomstpercentages van de fundusfoto.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

Naam project/onderwerp	5. Ondersteuning zorggroepen door farmaceutische bedrijven
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Damen-van Beek et al. (8), Gezonde Sceptis, 2010
Doel en onderzoeksvragen	Het doel van dit onderzoek was om de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) inzicht te geven in de banden tussen zorggroepen en farmaceutische bedrijven en hen daarmee te ondersteunen bij hun toezichhoudende taken. De onderzoeksvragen waren: 1. Welke ondersteuning leveren farmaceutische bedrijven en onder welke voorwaarden? 2. Welke redenen hebben zorggroepen om zich te laten ondersteunen door de farmaceutische bedrijven? 3. Hoe gaan zorggroepen om met de belangen van farmaceutische bedrijven? 4. Zijn farmaceutische bedrijven betrokken bij het opstellen van behandelprotocollen van de zorggroep? 5. Hebben de zorggroepen beleid geformuleerd op dit onderwerp?
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	Geen van de onderzoeksvragen worden met dit onderzoek beantwoord, maar wel een neveneffect
Onderzoeksofzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Interviews met managers van zorggroepen (n=8); telefonische interviews met vertegenwoordigers farmaceutische bedrijven (n=3)
Jaar gegevensverzameling	2010
Aandoening	Diabetes, COPD, VRM
Perspectief	Zorggroepen
Type indicatoren	Structuur
Uitkomstmaten*	n.v.t.
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorggroepen krijgen allerlei ondersteuning van farmaceutische bedrijven (FB). De meest voorkomende steun is sponsoring van nascholing, sponsoring van implementatietrajecten voor diabetes type 2 en COPD en praktische ondersteuning bij specifieke taken door een verpleegkundige.</li> <li>Bij geen van de deelnemende zorggroepen hebben farmaceutische bedrijven zitting in werkgroepen met medisch inhoudelijke onderwerpen.</li> <li>Formele tegenprestaties die FB vragen zijn gering, bijvoorbeeld hun logo op nascholingsmateriaal. De onderzoekers signaleren informele tegenprestaties voor ondersteuning FB, zoals minder kritisch uitlaten over nieuwe medicatie tijdens nascholing of het periodiek ontvangen van het FB.</li> <li>Ondersteuning van FB is interessant voor zorggroepen; voor weinig geld kunnen zij kwaliteitsverbeterende activiteiten ontplooiën.</li> <li>De deelnemende zorggroepen hebben niet of nauwelijks officieel beleid opgesteld over ondersteuning door FB.</li> <li>Managers van zorggroepen zijn over het algemeen van mening dat het ze lukt om de onafhankelijkheid van de zorggroep te waarborgen.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

Naam project/onderwerp	6. Onderhandelingen diabetes ketenzorg: een evaluatie van proces en resultaat
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Van Dijk et al. (9), Julius Centrum, 2010
Doel en onderzoeksvragen	Doel van het onderzoek was het verkrijgen van inzicht in de ervaringen en feiten van een jaar contracteren van diabeteszorg in Midden Nederland. De onderzoeksvraag was: 1. Welke factoren hadden invloed op het proces en resultaat van de onderhandelingen over de Keten-dbc Diabetes Mellitus tussen de huisartsen-zorggroepen in Midden-Nederland en de preferente zorgverzekeraar in 2009 en 2010?
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2c, 2e, 3c
Onderzoeksofzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Interviews met onderhandelaars van zorggroepen (n=8), regionale vertegenwoordigers van huisartsen (n=2), zorgverzekeraar (n=1) en patiëntvertegenwoordigers (n=2)
Jaar gegevensverzameling	2009 – 2010
Aandoening	Diabetes
Perspectief	Zorggroepen, patiënten, zorgverzekeraars
Type indicatoren	n.v.t.
Uitkomstmaten*	5
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De contracteringsonderhandelingen tussen de zorggroepen en de zorgverzekeraar heeft veel inzet gevraagd van beide partijen: per zorggroep werd er gemiddeld 150 uur besteed aan voorbereiding, gesprekken en terugkoppeling na afloop. Bij de zorgverzekeraar, die in haar regio met 42 zorggroepen diende te onderhandelen, werd gemiddeld 36 uur per zorggroep aan menskracht ingezet.</li> <li>• De patiëntvertegenwoordigers werden niet betrokken bij de onderhandelingen.</li> <li>• De betrokken zorggroepen waren ontevreden over de wijze van onderhandelen, de inefficiëntie van het proces, het wisselende team bij de zorgverzekeraar en het opleggen van oplossingen door de verzekeraar. Redelijk tevreden was men met het uiteindelijke tarief, hoewel dit tarief volgens hen veel te weinig gebaseerd was op zorggroepspecifieke factoren en de kwaliteit van de geleverde diabeteszorg.</li> <li>• De zorgverzekeraar hanteerde beleidsregels en zorgstandaard als uitgangspunt bij de onderhandelingen; ze was tevreden met het vastgestelde tarief. De zorgverzekeraar ontving zeer veel verschillende offertes van de zorggroepen. Daardoor heeft de verzekeraar, met tegenzin, besloten om een eenheidstarief vast te leggen.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

Naam project/onderwerp	7. Integrale bekostiging: evaluatie van verwachte effecten op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Van Dijk et al. (10), Nivel, 2011
Doel en onderzoeksvragen	<p>Het doel van het onderzoek was aan de hand van literatuuronderzoek een evaluatie uit te voeren naar de verwachte effecten van integrale bekostiging op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.</p> <p>De onderzoeksvragen waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1a. Welke effecten heeft disease management op de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg?</li> <li>1b. Welke effecten heeft disease management voor de zorg die buiten disease management valt?</li> <li>2a. Welke effecten heeft de verandering in organisatie- en bekostigingsstructuur van zorg op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg?</li> <li>2b. In hoeverre worden bepaalde zorgverleners en/of zorginstellingen uitgesloten binnen een soortgelijke organisatie- en bekostigingsstructuur van zorg?</li> <li>3. In hoeverre is er in Nederland sprake van concurrentie op de verschillende markten? En welke invloed hebben bepaalde marktmachten op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg?</li> <li>4. Welke effecten van de invoering van integrale bekostiging, zijn er op basis van een synthese uit de vraagstelling 1, 2 en 3 te verwachten op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg?</li> </ol>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	1a, 2c, 3b, 3d, 3e
Onderzoeksofzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Literatuuronderzoek
Jaar gegevensverzameling	1995-2011
Aandoening	Diabetes, COPD, VRM, Hartfalen
Perspectief	n.v.t.
Type indicatoren	Structuur, proces, uitkomst
Uitkomstmaten*	1, 2, 3, 6, 7, 8, 9
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De potentiële effecten van disease management op de kwaliteit van zorg voor diabetes mellitus en COPD op de korte termijn zijn gering, terwijl bij hartfalen wel verbeteringen kunnen worden verwacht, over VRM zijn geen uitspraken te doen.</li> <li>• Met de invoering van integrale bekostiging kan de betaalbaarheid van zorg mogelijk worden verbeterd.</li> <li>• Zowel de effecten op de kwaliteit als betaalbaarheid van zorg hangen sterk af van het gedrag van zorgverzekeraars en zorggroepen op de markt.</li> <li>• Er zijn aanwijzingen dat de toegankelijkheid van zorg – in termen van keuzevrijheid en selectie van patiënten – mogelijk beperkt zou kunnen worden bij integrale bekostiging, en dat de kwaliteit van zorg die buiten integrale bekostiging valt mogelijk afneemt. Daarnaast kunnen bepaalde zorgverleners worden uitgesloten.</li> <li>• De ontwikkeling van integrale bekostiging kan geremd worden door het ontbreken van voldoende concurrentiegedrag tussen zorgverzekeraars of door terughoudend gedrag van zorgverzekeraars om nieuwe aandoeningen op te nemen.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

Naam project/onderwerp	8. Integrale bekostiging. Eerste ervaringen na één jaar invoering
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Van Dijk et al. (11), Nivel, 2011
Doel en onderzoeksvragen	<p>Het doel van het onderzoek was om de eerste effecten, één jaar na introductie, van integrale bekostiging voor patiënten met diabetes in kaart te brengen, waarbij wordt vergeleken met een controlegroep van diabetespatiënten van wie de zorg niet integraal wordt bekostigd.</p> <p>De onderzoeksvragen waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In hoeverre wordt gebruikgemaakt van integrale bekostiging voor diabeteszorg?</li> <li>2. Is er sprake van selectie van patiënten binnen integrale bekostiging voor diabetes?</li> <li>3. In hoeverre is de zorg voor diabetespatiënten binnen integrale bekostiging tussen 2008 en 2010 veranderd ten opzichte van diabetespatiënten buiten integrale bekostiging?</li> <li>4. In hoeverre verschillen de door patiënten waargenomen samenwerking tussen zorgverleners en de afstemming van zorg voor diabetespatiënten binnen integrale bekostiging ten opzichte van diabetespatiënten buiten integrale bekostiging?</li> <li>5. In hoeverre verschillen diabetespatiënten binnen en buiten integrale bekostiging over gepercipieerde zelfmanagementtaken en behoefte aan hulp en ondersteuning bij zelfmanagementtaken?</li> <li>6. In hoeverre wordt de zorg volgens diabetespatiënten binnen integrale bekostiging vaker volgens een programmatische aanpak geleverd ten opzichte van diabetespatiënten buiten integrale bekostiging?</li> <li>7. In hoeverre wordt de zorg die buiten integrale bekostiging valt beïnvloed door de invoering van integrale bekostiging?</li> </ol>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	1a, 1b, 2b, 2e, 3b, 3d, 3e
Onderzoeksopzet	Longitudinaal onderzoek
Follow-up in maanden	24
Manier van gegevensverzameling (n)	Vragenlijstonderzoek onder leden NPCG (steekproef n= onbekend, respons n=275 patiënten, waarvan 237 IB en 38 niet IB in 2008), Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH) patiëntgegevens (steekproef n= onbekend, respons n=1144 patiënten, waarvan 788 IB en 356 niet IB), verdiepingstudie onder LINH huisartspraktijken over gebruik IB (steekproef n= 46, respons n=19 praktijken, waarvan 14 IB gebruiken)
Jaar gegevensverzameling	2008 en 2010
Aandoening	Diabetes
Perspectief	Patiënten
Type indicatoren	Structuur, proces
Uitkomstmaten*	6, 7, 9
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Slechts een minderheid van de diabeteszorg van patiënten in het NPCG werd niet via IB bekostigd (N niet IB=38 t.o.v. N IB=275).</li> <li>• Er lijkt geen sprake te zijn van selectie van patiënten binnen huisartsenpraktijken. Er lijkt wel sprake te zijn van selectie bij IB tussen huisartsenpraktijken: Type 2-diabetespatiënten buiten IB hebben vaker een laag opleidingsniveau en wonen vaker in een achterstandswijk.</li> <li>• Er zijn (nog) geen effecten zichtbaar van eventuele substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Wel lijkt IB te hebben geresulteerd in minder diabetespatiënten die contact hebben met een diëtist.</li> <li>• De mening over en beoordeling van de samenwerking en afstemming van zorg voor diabetespatiënten verschilden niet tussen patiënten binnen en buiten IB.</li> <li>• Het merendeel van zowel type 2 diabetespatiënten binnen als buiten IB gaf aan nog niet over een persoonlijk zorgplan te beschikken.</li> <li>• De ervaren programmatische aanpak van zorg verschilde niet sterk tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB. Diabetespatiënten binnen IB gaven wel vaker aan dat zij samen met hun zorgverlener(s) naar oplossingen voor problemen zochten. Binnen IB werd er in 2010 slechts beperkt zorg geleverd volgens een programmatische aanpak.</li> <li>• Zowel type 2 diabetespatiënten binnen als buiten IB gaven aan soms tot meestal zelf een taak te hebben in de medische behandeling, omgang met gevolgen, omgang met zorgverleners en leefstijlaanpassingen. De patiënten gaven ook aan weinig behoefte te hebben aan (extra) hulp of ondersteuning bij de uitvoering van deze zelfmanagementtaken.</li> <li>• IB lijkt vooralsnog geen invloed te hebben gehad op de zorg aan diabetespatiënten die niet onder de integraal bekostigde diabeteszorg valt. Ook lijkt IB geen invloed te hebben gehad op het aantal contacten van patiënten die voor al hun zorg buiten IB vielen. Wel lijkt door de introductie van IB het aantal verwijzingen naar de tweede lijn te zijn gedaald voor patiënten die voor al hun zorg buiten IB vielen.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

<b>Naam project/onderwerp</b>	<b>9. DISMEVAL consortium</b> (multidisciplinair team van tien partners in zeven EU-landen) - onderdeel: evaluatie disease management programma's voor diabetes type 2 in Nederland
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Elissen et al. (12) Universiteit Maastricht, 2011
Doel en onderzoeksvragen	Doel van het onderzoek was het in kaart brengen en valideren van methoden voor evalueren van disease management programma's voor Europese gezondheidszorgsystemen en het identificeren van best practices voor de evaluatie van disease management en ontwikkelen van aanbevelingen voor het evalueren van disease management voor beleidsmakers en onderzoekers. De onderzoeksvraag was: 1. In hoeverre verbetert het gebruik van meta-analyse- en meta-regressiemethoden de huidige benaderingen van de evaluatie van disease management programma's voor diabetes type 2 in Nederland?
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	1a, 2a, 2e, 2f
Onderzoeksoptzet	Longitudinaal onderzoek
Follow-up in maanden	20-24
Manier van gegevensverzameling (n)	Documentanalyse; dataverzameling bij 18 zorggroepen: 9 koplopers en 9 niet-koplopers; interviews (n=27 respondenten van 9 niet-koploper zorggroepen), dataregistratie (n=105.056 patiënten)
Jaar gegevensverzameling	2008-2011
Aandoening	Diabetes
Perspectief	Zorggroepen, onderaannemers, patiënten
Type indicatoren	Structuur, proces, uitkomst
Uitkomstmaten*	1, 4, 5, 9
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>De resultaten uit de meta-analyse tonen dat het effect van programmatische aanpak op de gezondheidstoestand van diabetes type 2 patiënten op zijn best bescheiden is. Wel laten subgroepanalyses en meta-regressie zien dat de aanpak meer effectief is voor mensen met slechtere baseline gezondheid/ waarden. Ook laten de analyses zien dat het effect van disease management kleiner wordt bij een langere follow-up duur en dat meer frequente meting van klinische indicatoren meer veelbelovende resultaten laten zien, vooral in patiënten met een slechtere gezondheid op baseline.</li> <li>Over het algemeen pleiten bovengenoemde resultaten voor een meer patiëntgerichte aanpak (zorg-op-maat), waarbij de karakteristieken van de patiënt direct het proces van diabeteszorg bepalen.</li> <li>Zelfmanagementondersteuning en klinische informatiesystemen zijn nog onderontwikkeld. De organisatie van het zorgproces is verbeterd, maar volledige integratie is nog lang niet bereikt. Beslissingsondersteuning is aanwezig, met name door het standaardiseren van processen volgens de NDF zorgstandaard, maar nog niet alle zorggroepen hebben van alle patiënten de vereiste procesindicatoren uit de zorgstandaard beschikbaar.</li> <li>Meta-analyse en meta-regressie zijn waardevolle studiedesigns om complexe disease management programma's te evalueren, vooral in combinatie met kwalitatieve onderzoeksmethoden.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

<b>Naam project/onderwerp</b>	<b>10. De Ketenzorg, het faillissement van Salland verzekeringen als regisseur van de zorg (afstudeeronderzoek)</b>
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Haan (13), Universiteit van Twente, 2009
Doel en onderzoeksvragen	<p>Het doel van het onderzoek was de relatie te onderzoeken tussen de schadelaststijging van eerstelijnszorg (voor Salland verzekeringen) en het contracteren van Huisartsen Diabeteszorggroep Regio Deventer (HDRD).</p> <p>De volgende aspecten werden onderzocht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De huidige situatie met betrekking tot de twee vergoedingssystematieken in de eerstelijnszorg</li> <li>• Dubbele financiering van zorg (door middel van het analyseren van de schoning van eerste- en tweedelijns diabeteszorg)</li> <li>• Aanbevelingen met betrekking tot een verbeterde vergoedingssystematiek voor de diabetesketen, waarbij er optimaal gebruik wordt gemaakt van incentieven voor zorgaanbieders om een doelmatige zorgverlening te stimuleren</li> </ul>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2c
Onderzoeksoepzet	Longitudinaal onderzoek
Follow-up in maanden	36
Manier van gegevensverzameling (n)	Analyse van declaratiegegevens van diabetespatiënten die verzekerd zijn bij Salland verzekeringen
Jaar gegevensverzameling	2006-2008
Aandoening	Diabetes
Perspectief	Zorgverzekeraar
Type indicatoren	Uitkomsten
Uitkomstmaten*	5, 8
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op een aantal onderdelen is zorg dubbel betaald. Dit vindt in de eerste lijn plaats bij de algemene consulten van de huisarts en praktijkondersteuner, en in de tweede lijn bij functies vanuit het laboratorium en verleende zorg van de specialist.</li> <li>• Op basis van declaratiegegevens blijkt dat patiënten zonder medicatie zijn toegelaten tot de HDRD. Hoewel deze mensen formeel diabetespatiënt kunnen zijn (of in een voorstadium zitten) is dit niet de bedoeling geweest van Salland verzekeringen bij het afsluiten van het contract.</li> <li>• Er zijn aanwijzingen dat patiënten met hoge zorgkosten uitgesloten zijn van zorgverlening door de HDRD. Deze patiënten ontvangen (kostbare) diabeteszorg vanuit de tweede lijn, terwijl eerstelijnszorg vanuit de HDRD wellicht afdoende is.</li> <li>• De schadelaststijging van eerstelijnszorg is het gevolg van de toegenomen vergoedingen voor diabeteszorg. De oorzaak is enerzijds de hoogte van het tarief van de eerstelijns-DBC, welke gericht was op een volumevergroting van zorg. Anderzijds is de schadelaststijging het gevolg van moreel toeval van de zorgverleners van de HDRD (huisartsen, specialisten en laboratorium), in de reguliere zorg, alsmede moreel toeval vanuit de HDRD met betrekking tot ketenzorg dat heeft geleid tot dubbele betaling van zorg.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

<b>Naam project/onderwerp</b>	<b>11. Uitvoeringstoets mededingingsanalyse zorggroepen. Samenwerken en concurreren in ketenzorg</b>
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	NZa (14), 2010
Doel en onderzoeksvragen	<p>Het doel van het onderzoek was antwoord te geven op de vragen in hoeverre eventuele mededingingsproblemen rond zorggroepen de publieke belangen in de zorg (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid) in gevaar kunnen brengen, hoe de NZa deze problemen kan aanpakken en waar eventueel aanvullende juridische instrumenten nodig zijn.</p> <p>De onderzoeksvragen waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welke maatregelen zijn proportioneel om de ontwikkeling van markten te stimuleren en het publieke belang te borgen door marktmacht van zorggroepen en eventueel misbruik daarvan te voorkomen?</li> <li>2. Welke nieuwe juridische instrumenten heeft de NZa eventueel nodig om het publieke belang te borgen?</li> </ol>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2c, 3d
Onderzoeksofzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Eigen onderzoek (literatuuronderzoek, presentaties, veldonderzoek zorggroep); klankbordgroep met vertegenwoordigers van veldpartijen (n=15); schriftelijke consultatieronde onder zorggroepen, verzekeraars en onafhankelijke deskundigen (n=31); verdiepende gesprekken met betrokken veldpartijen (n=onbekend)
Jaar gegevensverzameling	2009-2010
Aandoening	Niet aandoening specifiek
Perspectief	Zorggroepen, onderaannemers, patiënten, zorgverzekeraars
Type indicatoren	n.v.t.
Uitkomstmaten*	n.v.t.
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De NZa concludeert dat in potentie voldoende ruimte is voor concurrentie tussen zorggroepen, maar dat de ontwikkeling hiervan nog op gang moet komen. Patiënten en zorgverzekeraars kunnen ofwel directe invloed uitoefenen door over te stappen, ofwel indirect door aanbieders met elkaar te 'benchmarken'.</li> <li>• De NZa concludeert verder dat hoewel op de lange termijn in potentie voldoende ruimte is voor concurrentie tussen zorggroepen en/of andere aanbieders van ketenzorg, de concurrentie op korte termijn belemmerd kan worden door toe- en uittredingsdrempels voor zorgaanbieders en overstapdrempels voor patiënten en verzekeraars.</li> <li>• Een belangrijke aanwijzing voor aanmerkelijke marktmacht (AMM) is een marktaandeel groter dan 55%; een significant aantal zorggroepen heeft een marktaandeel groter dan 55%.</li> <li>• De ontwikkeling van zorggroepen lijkt zich nu nog in de beginfase te bevinden. De daadwerkelijke aanwezigheid van AMM van een zorggroep hangt af van de specifieke situatie. Het hebben van een hoog marktaandeel hoeft op zichzelf geen probleem te zijn. Van belang is om te beoordelen of dit hoge marktaandeel waardoor een partij een sterke positie op de markt heeft, gecompenseerd wordt door andere factoren. Indien deze factoren het hoge marktaandeel onvoldoende compenseren, kan er sprake zijn van AMM. Belangrijk hierbij te vermelden is dat de daadwerkelijke aanwezigheid van marktmacht afhangt van specifieke omstandigheden per zorggroep.</li> <li>• Een positie van AMM van zorggroepen kan leiden tot mededingingsproblemen, die met name de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg zouden kunnen schaden, de kwaliteit van de zorg wordt gewaarborgd door de zorgstandaarden.</li> <li>• De NZa adviseert op korte termijn de regelgeving niet te veranderen. Wel zal de NZa, teneinde de publieke belangen te borgen, nauwgezet toezicht houden en waar noodzakelijk gericht het AMM-instrument inzetten.</li> <li>• De NZa concludeert in deze uitvoeringstoets dat zich in het uiterste geval de noodzaak voor zou kunnen doen om een verplichting op te leggen tot schaalverkleining. Hiermee zou duurzaam het hoofd geboden kunnen worden aan belemmeringen van de concurrentie of het op gang komen ervan, die het gevolg zijn van de ongebreidelde (natuurlijke) groei van een zorggroep leidend tot een AMM-positie.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.



Naam project/onderwerp	12. Uitvoeringstoets uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	NZa (15), 2010
Doel en onderzoeksvragen	Het doel van het onderzoek was de minister van VWS te adviseren over de mogelijkheden voor verruiming en uitbreiding van de bestaande integrale bekostiging van ketenzorg. De onderzoeksvragen waren: 1. Kan de huidige vorm van integrale bekostiging van ketenzorg per 1 januari 2011 uitgebreid worden met de functies verpleging, diagnostiek, farmacie en hulpmiddelen? 2. Voor welke overige ketens is invoering van integrale bekostiging per 1 januari 2011 wenselijk, gelet op de voor- en nadelen en risico's daarvan voor integrale zorgverlening, en de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg?
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2c, 3d
Onderzoeksoepzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Literatuuronderzoek, klankbordgroep met vertegenwoordigers van veldpartijen (n=15), gesprekken met relevante partijen in het veld (n=11)
Jaar gegevensverzameling	2010
Aandoening	Niet aandoening specifiek
Perspectief	Zorggroepen, onderaannemers, patiënten, zorgverzekeraars
Type indicatoren	n.v.t.
Uitkomstmaten*	n.v.t.
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De NZa concludeert dat verpleging, diagnostiek en farmacie per 1 januari 2011 opgenomen kunnen worden in de integrale bekostiging van ketenzorg, met als een van de voorwaarden opname van deze functies in de zorgstandaard voor de betreffende vorm van ketenzorg.</li> <li>• Nadrukkelijk wordt hierbij opgemerkt dat de schottenprobleem tussen de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en de Zvw (Zorgverzekeringswet) een ingewikkeld vraagstuk is, dat moet worden opgelost door VWS en het CVZ, alvorens verpleging opgenomen kan worden in de keten.</li> <li>• De NZa concludeert dat hulpmiddelen per 1 januari 2011 niet opgenomen kunnen worden in de integrale bekostiging van ketenzorg. De belangrijkste reden hiervoor is dat de NZa geen aanwijzingen heeft dat aan de voorwaarde 'opname in de zorgstandaard' tijdig kan worden voldaan.</li> <li>• De NZa adviseert om per 1 januari 2011 geen nieuwe ketens in te voeren in aanvulling op die van Diabetes, COPD, VRM en hartfalen. De conclusie bij de eerste harde randvoorwaarde is dat de staat van ontwikkeling van zorgstandaarden voor zorg rond astma, CVA en dementie zodanig is, dat niet valt te verwachten dat deze op 1 januari 2011 gereed zal zijn. Voor artrose, depressie en obesitas acht de NZa het in principe mogelijk dat er op 1 januari 2011 een geaccepteerde zorgstandaard ligt, mits de ontwikkeling en autorisatie daarvan voorspoedig en volgens planning verloopt.</li> <li>• De uitvoerbaarheid vormt een duidelijk knelpunt voor iedere uitbreiding van de integrale bekostiging. Uitstel van de uitbreiding biedt de gelegenheid om ervaring op te doen met de eerste invulling van de ketenbekostiging, lopende experimenten, en oplossingen te vinden voor gesignaleerde vraagstukken.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

<b>Naam project/onderwerp</b>	<b>13. Farmaceutische zorg in de openbare apotheek: initiatieven en afspraken rond 'extra zorg'</b>
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Postma et al. (16), NPCF en Hogeschool Utrecht, 2010
Doel en onderzoeksvragen	Het onderzoek had tot doel om na te gaan in hoeverre kwaliteitsafspraken toegespitst op de zorg voor mensen met chronische ziekte en kwetsbare ouderen tot stand komen. De onderzoeksvragen waren: 1. In welke mate nemen apothekers concrete initiatieven (richting zorggroepen en zorgverzekeraars)? 2. In welke mate bieden zorgverzekeraars ruimte voor deze initiatieven?
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2d
Onderzoeksopzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Vragenlijstonderzoek onder apothekers (steekproef n=450, respons n=90)
Jaar gegevensverzameling	2010
Aandoening	Niet aandoeningspecifiek
Perspectief	Onderaannemers
Type indicatoren	Stuctuur
Uitkomstmaten*	9
Kernbevindingen	<p>Integrale zorg/ketenzorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het merendeel van de apothekers (64%) gaf aan dat men nog geen voorstellen had gemaakt om farmaceutische zorg in de integrale zorg te betrekken. Wel is er vaak informatief contact met zorggroepen geweest.</li> <li>• Van de kant van zorggroepen is nog geen duidelijke vraag tot (extra) betrokkenheid van de apotheken gekomen.</li> <li>• Bij apotheken die wél voorstellen hebben gedaan (36%), valt op dat slechts één op de vijf tot concrete afspraken is gekomen; voor de meeste initiatiefnemers geldt dat het gesprek nog gaande is.</li> <li>• Zes op de tien apothekers melden dat ze bezig zijn met voorstellen tot deelname aan integrale zorg rond bepaalde aandoeningen te doen in het komende jaar (2011); 62% van de initiatiefnemers verwacht dat zij slechts in beperkte mate de kans tot meedoen krijgt, naast 31% die een volwaardige deelname verwacht en 7% die rekening houdt met buitensluiting door de zorggroep.</li> <li>• Als belangrijke voorwaarden voor betrokkenheid bij ketenzorg zijn genoemd: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. het principe van gelijkwaardigheid binnen de zorggroep, en erkenning van de apotheek als discipline die toegevoegde waarde brengt;</li> <li>2. praktische ondersteuning bij de invulling van de nieuwe rol door de relevante branche-organisaties;</li> <li>3. versnelde ontwikkeling van een elektronisch patiëntendossier voor betrouwbare uitwisseling van informatie over de patiënt;</li> <li>4. deugdelijke richtlijnen op basis van wetenschappelijk onderzoek ('evidence') en inzichten uit 'best practice'.</li> </ol> </li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

<b>Naam project/onderwerp</b>	<b>14. Kwaliteitsborging bij zorggroepen en de invloed van professioneel bestuur en toezicht (afstudeeronderzoek)</b>
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Schellevis (17), Universiteit Leiden, 2012
Doel en onderzoeksvragen	<p>Het doel van het onderzoek was het in kaart brengen van de samenhang tussen de inrichting van de zorggroep en het functioneren van de zorggroep.</p> <p>De onderzoeksvraag en deelvragen waren:</p> <p>In hoeverre is er sprake van kwaliteitsborging bij zorggroepen en zijn er aanwijzingen voor een relatie met de mate van professionaliteit waarmee een zorggroep wordt bestuurd en gecontroleerd?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wat is professioneel bestuur en toezicht en hoe kan dit worden beoordeeld?</li> <li>2. Wat is kwaliteitsborging en hoe kan dit worden beoordeeld?</li> <li>3. Hoe professioneel worden zorggroepen bestuurd en gecontroleerd?</li> <li>4. Wat is de mate van kwaliteitsborging bij zorggroepen?</li> <li>5. Zijn er aanwijzingen voor een relatie tussen de mate van kwaliteitsborging bij zorggroepen en de mate van professionaliteit waarmee een zorggroep wordt bestuurd en gecontroleerd?</li> </ol>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2f
Onderzoeksoptzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Literatuuronderzoek; data-analyse gegevens onderzoek 1-meting zorggroepen (18); interviews met vertegenwoordigers van zorggroepen (n=4)
Jaar gegevensverzameling	2010 (vragenlijst); 2011 (interviews)
Aandoening	Diabetes
Perspectief	Zorggroepen
Type indicatoren	Structuur
Uitkomstmaten*	n.v.t.
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op de dimensies Procesbeheer ('aanwezigheid van multidisciplinair protocol' en 'gebruik van criteria in multidisciplinair protocol') en Personeelsbeleid ('toetredingseisen nieuwe zorgverleners' en 'organiseren bij- en nascholing' en 'aanbieden van spiegelinformatie aan zorgverleners') is er sprake van een sterke mate van kwaliteitsborging.</li> <li>• Op de dimensie Kwaliteitsdocumenten ('aanwezigheid van een kwaliteitsfunctionaris' en 'werken met een kwaliteitssysteem') is er slechts in beperkte mate sprake van kwaliteitsborging.</li> <li>• Bij de overige dimensies van kwaliteitsborging (Patiëntbetrokkenheid, Procesverbetering, Interdisciplinaire samenwerking en Contracteren) verschilt de mate van kwaliteitsborging sterk tussen de onderzochte zorggroepen.</li> <li>• Er zijn aanwijzingen dat de mate van kwaliteitsborging op drie van de zeven dimensies (Kwaliteitsdocumenten, Patiëntbetrokkenheid en Procesverbetering) positief beïnvloed wordt door een hoge mate van professionaliteit waarmee zorggroep wordt bestuurd en gecontroleerd; voor een dergelijke relatie op de overige vier dimensies zijn geen aanwijzingen gevonden.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

Naam project/onderwerp	15. Implementatie COPD ketenzorg door een zorggroep; eerste ervaringen
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Smeele et al. (19), Zorggroep DOH, 2012 geaccepteerd bij Huisarts en Wetenschap
Doel en onderzoeksvragen	Doel van het onderzoek was een beschrijving geven van de ervaringen met het zorgprogramma COPD en een bijdrage leveren aan de discussie over de organisatie van chronische zorg via zorggroepen en het verzamelen van indicatoren. De onderzoeksvragen waren: 1. Lukt het om gegevens te verzamelen binnen het reguliere zorgproces? 2. Wat zijn daarbij de knelpunten? 3. Is er verbetering in de zorg zichtbaar bij implementatie van deze ketenzorg COPD? 4. Zijn er verschillen in toepasbaarheid van en opbrengst van de NHG indicatoren huisartsenzorg COPD en aanvullende indicatoren (geleverd op verzoek van een zorgverzekeraar)?
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2f
Onderzoeksopzet	Longitudinaal
Follow-up in maanden	36
Manier van gegevensverzameling (n)	Analyse van registratiegegevens (0-meting over 2008, de 1-meting over 2009 en de 2-meting over 2010)
Jaar gegevensverzameling	2008-2010
Aandoening	COPD
Perspectief	Zorggroep
Type indicatoren	Structuur, proces, uitkomsten
Uitkomstmaten*	1, 3, 4, 5
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij een goed georganiseerde eerstelijns zorggroep met een actieve implementatiestrategie duurt het een aantal jaren voordat registratie in het reguliere zorgproces van indicatoren COPD huisartsenzorg van voldoende niveau is, praktische knelpunten belemmeren snelle implementatie.</li> <li>• Tijdens de implementatie van een integraal bekostigd ketenzorgprogramma door een zorggroep is een aanzienlijke verbetering in registratie zichtbaar. Bij de nulmeting (2008) waren meeste indicatoren minder dan 50% geregistreerd, na 2 jaar steeg dit tot gemiddeld bijna 80% bij de indicatoren COPD huisartsenzorg. Bij de aanvullende indicatoren was de vooruitgang minder. Het is aannemelijk dat de verbeterde registratie samen ging met een verbeterd zorgproces.</li> <li>• Door onvoldoende registratie zijn er wat betreft patiëntuitkomsten nog geen conclusies te trekken.</li> <li>• Het registreren en extraheren van aanvullende COPD indicatoren (en patiëntuitkomsten) heeft een langere aanloop nodig en is niet aan te raden in de beginfase.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

Naam project/onderwerp	16. Integrale bekostiging diabetes duur
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Sprangers et al. (20), Achmea, 2012
Doel en onderzoeksvragen	Het doel van het onderzoek was inzicht geven in hoeverre door integrale zorg en integrale bekostiging in de periode 2006-2009 een volume- en kostendaling is gerealiseerd. De volgende aspecten werden onderzocht: <ul style="list-style-type: none"> <li>• volume- en kostenontwikkeling van op medicatie ingestelde diabetespatiënten;</li> <li>• substitutie en de gemiddelde kosten per patiënt bij integraal en regulier bekostigde diabeteszorg.</li> </ul>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	1b, 2b
Onderzoeksopzet	Longitudinaal
Follow-up in maanden	48
Manier van gegevensverzameling (n)	Analyse van declaratiegegevens van op medicatie ingestelde diabetespatiënten die verzekerd zijn bij Achmea (n= ruim 150.000)
Jaar gegevensverzameling	2006-2009
Aandoening	Diabetes
Perspectief	Zorgverzekeraars
Type indicatoren	Uitkomsten
Uitkomstmaten*	5, 8
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In 2009 bestaat de groep 'integraal bekostigde zorg' uit 118.401 en de groep 'regulier bekostigde zorg' uit 54.086 diabetespatiënten.</li> <li>• Bij integraal bekostigde zorg zijn van 2006-2009 de gemiddelde kosten per in de eerste lijn behandelde patiënt met 87% gestegen, bij regulier bekostigde zorg is dit 18%. Dit is een groot verschil dat niet wordt gecompenseerd door de baten van de extra substitutie van tweede naar eerste lijn bij integraal bekostigde zorg.</li> <li>• De zorgkosten van diabetespatiënten bij huisartsen die aangesloten zijn bij een zorggroep en integraal bekostigd worden, zijn in de periode 2006-2009 met 20,7 miljoen euro gestegen. Ongeveer 15 miljoen hiervan is toe te schrijven aan de invoering van de integrale bekostiging. Over alle diabetespatiënten is dit een gemiddelde extra kostenstijging van 128 euro per patiënt. Als de gemiddelde kostenstijging alleen over de diabetespatiënten in de keten wordt berekend (56,2%), is het een stijging van 228 euro per patiënt.</li> <li>• De kostenstijging door integrale bekostiging is deels te verklaren door weeffouten in het bekostigingssysteem, zoals de dubbele bekostiging van losse verrichtingen in de eerste lijn, dubbele dbc's tussen de eerste en tweede lijn en prikkels voor risicoselectie. Daarnaast gaat tussen de 25 en 50% van het ketentariaf op aan overhead en nettoresultaat voor de zorggroep, zoals blijkt uit jaarverslagen van zorggroepen over verslagjaar 2010. Ook heeft onervarenheid met dit bekostigingssysteem een aandeel gehad in de kostenstijging.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

Naam project/onderwerp	17. Experimenteren met de keten-dbc diabetes
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Struijs et al. (21), RIVM, 2009
Doel en onderzoeksvragen	Het doel van de evaluatie was inzicht geven in het proces om diabeteszorg te organiseren via zorggroepen, het werken met de keten-dbc, de tevredenheid van alle betrokken partijen en de kwaliteit van de zorg. De onderzoeksvragen waren: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wat zijn de uitgangspunten van het keten-dbc model?</li> <li>2. Hoe is de zorggroep in de praktijk ingericht?</li> <li>3. Hoe ziet de keten-dbc diabetes er op hoofdlijnen uit?</li> <li>4. Hoe verloopt het inkoopproces?</li> <li>5. Hoe verloopt het werkproces?</li> <li>6. Wat is de kwaliteit van de zorg in de zorggroep na één jaar?</li> <li>7. Wat is de tevredenheid van alle betrokken partijen?</li> </ol>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	1a, 2a, 2d, 2c, 2e, 2f, 3b, 3c, 3d
Onderzoeksoptzet	Longitudinaal onderzoek
Follow-up in maanden	12
Manier van gegevensverzameling (n)	10 zorggroepen: Registratiesystemen zorgverleners (n=14.156 patiënten); semi-gestructureerde interviews met managers van zorggroepen, zorgverleners en zorgverzekeraars (0-meting: n=41; 1-meting: n=20); vragenlijstonderzoek onder patiënten (0-meting: steekproef n= onbekend, respons n=863; 0-meting: steekproef n=863, respons 1-meting: n=487)
Jaar gegevensverzameling	2007-2008
Aandoening	Diabetes
Perspectief	Zorggroepen, onderaannemers, patiënten, zorgverzekeraars
Type indicatoren	Structuur, proces, uitkomst
Uitkomstmaten*	1, 3, 4, 5, 6, 9
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorggroepen zijn er in alle soorten en maten, de huisarts is altijd de belangrijk(st)e speler.</li> <li>• De inhoud en prijs van de keten-dbc varieert.</li> <li>• Zorgverleners ervaren een sterke onderhandelingspositie van de zorggroep bij het inkoopproces.</li> <li>• De effecten van keten-dbc op het werkproces zijn positief, ICT is een beperkende factor.</li> <li>• De kwaliteit van diabeteszorg is goed, maar niet zichtbaar beter een jaar na invoering van de keten-dbc.</li> <li>• De keuzevrijheid voor patiënten staat onder druk door het werken met voorkeursleveranciers.</li> <li>• De precieze inhoud van een keten-dbc contract is niet eenduidig gedefinieerd. Hierdoor bestaat het gevaar dat onderdelen dubbel worden bekostigd.</li> <li>• De gevolgen voor macrokosten van zorg zijn onbekend.</li> <li>• De zorgstandaard speelt een cruciale rol bij zorginkoop; daarom is verduidelijking en aanvulling op een aantal punten nodig.</li> <li>• De samenhang tussen de inhoud van de zorgstandaard, keten-dbc en het basispakket verdient aandacht.</li> <li>• Er zijn openstaande vraagstukken bij de invoering van meerdere keten-dbc's, onder andere over zorgstandaarden voor andere ziekten en over multimorbiditeit.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

Naam project/onderwerp	18. Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg (vervolgevaluatie)
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Struijs, et al. (22), RIVM, 2012
Doel en onderzoeksvragen	De vervolgevaluatie heeft als doel inzicht te geven in het werken met de keten-dbc, de effecten na twee en drie jaar op biomedische gezondheidsmaten en de ervaringen van patiënten, zorgverleners en andere betrokken partijen. De onderzoeksvragen waren: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hoe is de zorg binnen zorggroepen drie jaar na de invoering van integrale bekostiging georganiseerd?</li> <li>2. Wat is de kwaliteit van de zorg die zorggroepen leveren twee en drie jaar na de invoering van integrale bekostiging?</li> <li>3. In hoeverre stimuleert integrale bekostiging taakherschikking en taakdelegatie?</li> <li>4. Hoe wordt omgegaan met mensen met comorbiditeit door zorggroepen?</li> <li>5. Hoe is de patiëntenparticipatie vormgegeven binnen zorggroepen?</li> <li>6. Wat zijn de ervaringen van alle betrokken partijen drie jaar na invoering van integrale bekostiging?</li> </ol>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	1a, 1b, 2a, 2d, 2c, 2e, 2f, 3b, 3c, 3d
Onderzoeksopzet	Longitudinaal onderzoek
Follow-up in maanden	24
Manier van gegevensverzameling (n)	9 zorggroepen: Registratiesystemen zorgverleners (n=25.302 patiënten); semi-gestructureerde interviews met managers van zorggroepen, zorgverleners en zorgverzekeraars (n=68); vragenlijstonderzoek onder patiënten (steekproef n=3379, respons n=1471)
Jaar gegevensverzameling	2008-2011 (registratiegegevens: 2008 t/m 2010, interviews: 2010-2011, vragenlijstonderzoek: 2010)
Aandoening	Diabetes
Perspectief	Zorggroepen, onderaannemers, patiënten, zorgverzekeraars
Type indicatoren	Structuur, proces, uitkomst
Uitkomstmaten*	1, 3, 4, 5, 6, 9
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De organisatiestructuur van zorggroepen is vrijwel onveranderd sinds de start van integrale bekostiging, zorggroepen zijn nog steeds voornamelijk monodisciplinaire huisartsenverbanden.</li> <li>• Verschillen tussen keten-dbc contracten kleiner qua inhoud en tarief.</li> <li>• De effecten op de kwaliteit van zorg zijn niet eenduidig te interpreteren, er zijn (kleine) verbeteringen in de proces- en uitkomstindicatoren, maar de klinische relevantie is niet duidelijk en langetermijneffecten, zoals uitstel of afstel van complicaties, zijn nog niet aan te tonen.</li> <li>• Taakherschikking en taakdelegatie komen veelvuldig voor en geven aanleiding voor meer kwaliteitsborging.</li> <li>• Comorbiditeit en polyfarmacie staan nog niet hoog op de agenda van zorggroepen.</li> <li>• Patiëntenparticipatie is zowel qua zelfmanagementondersteuning als inspraak op organisatorisch niveau nog onvoldoende ontwikkeld, maar krijgt wel steeds meer aandacht binnen de zorggroepen.</li> <li>• ICT voldoet nog steeds niet aan informatiebehoefte van alle betrokkenen, maar ook is er een gebrek aan eenheid van registeren en berekenen van indicatoren.</li> <li>• De transparantie van de kwaliteit van geleverde zorg is nog onvoldoende.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

<b>Naam project/onderwerp</b>	<b>19. Organisatie zorggroepen anno 2010. Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren zorggroepen (1 -meting zorggroepen)</b>
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Van Til et al. (18), RIVM, 2010
Doel en onderzoeksvragen	Het doel van het onderzoek was inzicht geven in de organisatorische ontwikkelingen van zorggroepen. De twee onderzoeksvragen, met daarbij verschillende deelvragen, zijn als volgt geformuleerd: 1. Hoe zijn zorggroepen anno 2010 georganiseerd? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat zijn de algemene kenmerken van zorggroepen?</li> <li>• Hoe zien de organisatiestructuren van zorggroepen eruit?</li> <li>• Hoe zijn zorggroepen verspreid over Nederland?</li> <li>• Hoe is de ICT geregeld binnen zorggroepen?</li> <li>• Hoe zijn patiënten betrokken bij de organisaties van zorggroepen?</li> </ul> 2. Hoe verloopt de uitrol van de verschillende zorgprogramma's? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke zorgprogramma's hebben de zorggroepen gecontracteerd?</li> <li>• Wat is de inhoud van de zorgprogramma's voor diabetes, COPD en VRM?</li> <li>• Hoe gaan de onderhandelingen met de zorgverzekeraars en zorgaanbieders?</li> <li>• Leidt het contracteren van meerdere zorgprogramma's tot aanpassingen in rechtsvorm en contracten?</li> </ul>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2a, 2b, 2c, 2d, 2e, 2f
Onderzoeksoptzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Vragenlijstonderzoek onder zorggroepen (steekproef n=97, respons n=55)
Jaar gegevensverzameling	2010
Aandoening	Diabetes, COPD, VRM
Perspectief	Zorggroepen
Type indicatoren	Structuur
Uitkomstmaten*	5, 9
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In maart 2010 participeerde ruim drie kwart van huisartsen in één van de 97 zorggroepen.</li> <li>• Huisartsen zijn nog steeds de belangrijkste speler; het merendeel van de zorggroepen (83%) is monodisciplinair en bestaat uitsluitend uit huisartsen.</li> <li>• Ongeveer een kwart van de zorggroepen heeft een toezichhoudend orgaan.</li> <li>• De meeste zorggroepen bieden verantwoordingsinformatie aan verzekeraar, spiegelinformatie en bij- en nascholing.</li> <li>• De meeste zorggroepen hebben samenwerkingsafspraken met de oogarts en internist, bijna de helft met de podotherapeut, bijna een kwart met de fysiotherapeut en bijna een vijfde met de apotheker.</li> <li>• Er is nog geen landelijke uitrol van IB voor zorgprogramma's COPD en VRM.</li> <li>• ICT is een knelpunt voor het geïntegreerd leveren van zorg.</li> <li>• Zelfmanagement wordt nog door weinig zorggroepen opgepakt.</li> <li>• Patiënten lijken meer betrokken te worden bij de organisatie van zorggroepen.</li> <li>• Zorggroepen zijn tevreden over het resultaat, maar ontevreden over het proces van onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Zorggroepen zijn zeer tevreden over zowel het resultaat als het proces van onderhandelingen met onderaannemers.</li> <li>• De invoering van meerdere zorgprogramma's leidt tot complexe juridische structuur van zorggroepen.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.



Naam project/onderwerp	20. Effect concurrentie op prijs van keten-dbc contracten (afstudeeronderzoek)
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Venema et al. (23), Nivel, 2010
Doel en onderzoeksvragen	Het doel van het onderzoek was inzicht verkrijgen in de invloed van concurrentie en additionele contractafspraken op de prijzen van de diabetes keten-dbc. De onderzoeksvragen waren: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welke invloed heeft de regionale concurrentie tussen zorggroepen op de prijs van de keten-dbc?</li> <li>2. Welke invloed heeft het aantal huisartsen binnen zorggroepen op de prijs van de keten-dbc?</li> <li>3. Welke invloed heeft het regionale marktaandeel van de zorggroep onder huisartsen op de prijs van de keten-dbc?</li> <li>4. Welke invloed heeft de concentratie van verzekeraars op de regionale markt op de prijs van de keten-dbc?</li> <li>5. Hoe beïnvloeden verschillen tussen contracten wat betreft kwaliteits- en rapportage-eisen de prijs van de keten-dbc?</li> </ol>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2a, 2b, 2c
Onderzoeksoptzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Bestuderen inhoud keten-dbc contract en (n=80); bestuderen contractuele afspraken zorgverzekeraars (n=7); interviews met stakeholders diabetes zorginkoopmarkt (n=7)
Jaar gegevensverzameling	2010
Aandoening	Diabetes
Perspectief	Zorggroepen, zorgverzekeraars
Type indicatoren	Structuur
Uitkomstmaten*	5
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het aantal zorggroepen in een GGD-regio heeft een significant effect op de prijzen van de keten-dbc contracten; hoe hoger de regionale concurrentie (dus hoe meer zorggroepen in een bepaalde regio) hoe lager de prijzen.</li> <li>• De prijzen van de keten-dbc contracten zijn niet significant hoger of lager bij een groter aantal huisartsen in de zorggroep.</li> <li>• De concentratie van verzekeraars op de regionale markt heeft geen significante invloed op de prijs van de keten-dbc contracten.</li> <li>• Additionele kwaliteits- en rapportage-eisen in de contracten leiden niet noodzakelijkerwijs tot een hogere prijs.</li> <li>• Managers van zorggroepen geven aan dat het moeilijk is te voldoen aan additionele inkoopvoorwaarden van alle verzekeraars.</li> <li>• Zorgverzekeraars hebben in keten-dbc contracten additionele afspraken vastgelegd die niet overeenstemmen met de NZa-beleidsregel 'Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen'.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

Naam project/onderwerp	21. Nulmeting zorggroepen
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	De Wildt et al. (24), LVG, 2008
Doel en onderzoeksvragen	Het doel van het onderzoek was het verkrijgen van inzicht in de karakteristieken van zorggroepen en zorgprogramma's in Nederland. De volgende aspecten werden onderzocht: <ul style="list-style-type: none"> <li>• organisatiestructuur;</li> <li>• zorgprogramma's en ander activiteiten;</li> <li>• financiering;</li> <li>• succesfactoren en knelpunten;</li> <li>• preferente zorgverzekeraars en onderhandelingen.</li> </ul>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2a, 2d, 2e, 2f
Onderzoeksoptzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Vragenlijstonderzoek onder zorggroepen (steekproef n=90, respons n=55); interviews met bestuurders van zorggroepen (n=4)
Jaar gegevensverzameling	2008
Aandoening	Diabetes, Astma/COPD, VRM
Perspectief	Zorggroepen
Type indicatoren	Structuur
Uitkomstmaten*	5, 9
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De meeste zorggroepen zijn ontstaan in 2006-2007; in 2008 is er een stagnatie.</li> <li>• BV en combinatie van rechtspersonen vanaf 2007 meer toegepast als rechtsvorm voor zorggroepen (combinatie rechtspersonen vooral bij zorggroepen &gt; 91 huisartsen). Huisartsen zijn rechtstreeks of door vertegenwoordigers bestuurders van zorggroepen (97%).</li> <li>• Patiënten zijn in 46% van de zorggroepen op geen enkele manier betrokken bij de organisatie van zorggroepen.</li> <li>• Zorggroepen zijn startende zorgorganisaties.</li> <li>• Diabetes is voor het merendeel van de zorggroepen het eerste zorgprogramma, Astma/COPD is voor twee derde zorggroepen het tweede zorgprogramma.</li> <li>• De huisarts en de poh zijn de meest betrokken disciplines in het zorgprogramma diabetes; de fysiotherapeut, apotheker en verpleegkundige zijn het minst betrokken. Zorggroepen hebben nog niet met alle betrokken disciplines samenwerkingscontracten.</li> <li>• Zorggroepen hebben startfinanciering (voorfinanciering huisartsen (2/3) en/of shareholders (1/3)).</li> <li>• Er is diversiteit in de aard en financiering van zorgprogramma's.</li> <li>• Zorggroepen met &gt; 91 huisartsen hebben een groter belang bij het creëren van draagvlak dan zorggroepen &lt;91 huisartsen.</li> <li>• De kwaliteit van diabeteszorg is nog niet gegarandeerd en transparant (o.a. door knelpunten met uniforme en voldoende registratie door huisartsen en andere zorgaanbieders; discussie over prestatie-indicatoren; zorgaanbieders onvoldoende op de hoogte van zorgstandaard en protocollen; knelpunten ten aanzien van ondersteuning door ICT-systemen).</li> <li>• Het merendeel van de zorggroepen is ontevreden over het onderhandelingsproces met zorgverzekeraars, maar tevreden over het onderhandelingsresultaat (94% zorggroepen ervaart problemen met contracteren met zorgverzekeraars).</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

## B1.2 Afgeronde onderzoeken naar zorgstandaarden

Naam project/onderwerp	22. Zorgstandaarden en Zorgmodules
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Coördinatieplatform Zorgstandaarden (25), 2011
Doel en onderzoeksvragen	Het doel van de quickscan was het genereren van een overzicht van de ontwikkelde zorgstandaarden en zorgmodules en de zorgstandaarden en –modules in ontwikkeling. De onderzoeksvragen waren: 1. Wie ontwikkelt wat? 2. Waar staat een ieder in het proces? 3. Hoe verloopt de ontwikkeling en implementatie van zorgstandaarden in de praktijk?
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2a
Onderzoeksoptzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Interviews met deskundigen (n=22)
Jaar gegevensverzameling	2011
Aandoening	Niet aandoening specifiek
Perspectief	n.v.t.
Type indicatoren	Structuur
Uitkomstmaten*	n.v.t.
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De zorgstandaarden voor diabetes, VRM, COPD en obesitas zijn ontwikkeld.</li> <li>• De zorgstandaard voor diabetes was januari 2011 in de fase van doorontwikkeling en de zorgstandaarden voor VRM, COPD en obesitas waren in de fase van implementatie.</li> <li>• De zorgstandaard voor astma, dementie, CVA/TIA, stofwisselingsstoornissen en sikkelcelanemie waren in ontwikkeling.</li> <li>• De zorgstandaard voor depressie zat in de fase van commentaar.</li> <li>• Voor een aantal andere ziekten waren er initiatieven (cystic fibrosis) of vond een verkenning/ inventarisatie plaats (artrose, hartfalen, kanker, epilepsie). Er is tot nu toe één zorgmodule ontwikkeld ('stoppen met roken'). De zorgmodule 'voeding en dieet' was in ontwikkeling.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

<b>Naam project/onderwerp</b>	<b>23. Diabetes Zorgmonitor 2010 - Onderdeel: Naleving Zorgstandaard</b>
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	DVN (26), 2010
Doel en onderzoeksvragen	Het doel van het onderzoek was om na te gaan of mensen met diabetes de zorg die volgens de NDF zorgstandaard geboden moet worden ontvangen. Een tweede doel was om te onderzoeken of mensen met diabetes voldoende in staat zijn om hulpverleners aan te spreken op het naleven van de zorgstandaard, waarbij gekeken is naar de mate van zelfregie.
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2d
Onderzoeksoptzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Vragenlijstonderzoek onder patiënten (steekproef n= onbekend, respons n=5468); interviews met patiënten (n=16)
Jaar gegevensverzameling	2010
Aandoening	Diabetes
Perspectief	Patiënten
Type indicatoren	Structuur, proces
Uitkomstmaten*	4,6
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De geboden zorg voldoet nog niet volledig aan de zorgstandaard.</li> <li>• Bloedonderzoek en het onderzoek naar de ogen en nieren wordt in bijna alle gevallen in ieder geval jaarlijks of vaker gedaan.</li> <li>• Patiënten zijn goed op de hoogte van persoonlijke streefwaarden en hebben een goede algemene kennis (men weet bijvoorbeeld goed hoe vaak en door wie men gecontroleerd moet worden).</li> <li>• De bepaling van het BMI, de meting van lengte en gewicht en het onderzoek naar complicaties wordt bij het grootste deel van de respondenten nog niet uitgevoerd.</li> <li>• Als een controle niet wordt uitgevoerd, wordt met één op de vier mensen niet besproken waarom dit niet wordt gedaan.</li> <li>• Eén op de vier respondenten die meer vragen heeft over geldproblemen en seksueel functioneren weet niet waar hij of zij terecht kan. Van de psychische klachten die mensen hebben, staan klachten op het gebied van seksueel functioneren wel op de tweede plek.</li> <li>• De Zorgwijzer is bij ongeveer de helft van de mensen nog onbekend.</li> <li>• Meer dan de helft van de respondenten heeft geen individueel zorgplan</li> <li>• Er zijn grote verschillen in de mate waarin mensen met diabetes in staat zijn zelf de regie te voeren, dit heeft te maken met verschillen in ervaren gezondheid en de vaardigheden die men bezit.</li> <li>• De mate waarin mensen in staat zijn tot zelfregie heeft geen invloed op de mate waarin de zorgstandaard wordt toegepast: zorgverleners zijn niet meer of minder betrokken bij mensen met een hoger of lager niveau van zelfregie.</li> <li>• De partner staat op de tweede plaats wat betreft belangrijkste persoon die hulp biedt. De vraag is of deze hier voldoende op toegerust is of hier meer ondersteuning in kan gebruiken.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

<b>Naam project/onderwerp</b>	<b>24. Farmaceutische zorg in zorgstandaarden en indicatorontwikkeling. Een verkennende studie.</b>
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Harmsen et al. (27), IQ Healthcare, 2010
Doel en onderzoeksvragen	Het doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen in of en in hoeverre farmaceutische zorg al onderdeel uitmaakt van zorgstandaarden en of er al normen en/of indicatoren beschikbaar zijn. De onderzochte thema's waren: <ul style="list-style-type: none"> <li>• farmaceutische zorg in bestaande zorgstandaarden;</li> <li>• initiatieven farmaceutische zorg in zorgstandaarden en indicatorontwikkeling; stakeholders;</li> <li>• integrale bekostiging en de regierol.</li> </ul>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	Geen van de onderzoeksvragen worden met dit onderzoek beantwoord, maar wel een neveneffect
Onderzoeksoptzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Deskresearch/internetsearch; interviews met stakeholders (n=12); discussiebijeenkomst
Jaar gegevensverzameling	2010
Aandoening	Diabetes, COPD, VRM
Perspectief	Onderaannemers, patiënten, zorgverzekeraars
Type indicatoren	n.v.t.
Uitkomstmaten*	n.v.t.
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaceutische zorg is geen eenduidige term en wordt verschillend geïnterpreteerd, men spreekt liever van juist geneesmiddelengebruik volgens de standaard en van farmaceutische dienstverlening.</li> <li>• Men is het unaniem eens dat farmaceutische zorg altijd een vast onderdeel moet zijn van de richtlijnen/zorgstandaarden.</li> <li>• De zorgverleners en patiënten moeten de optimale zorg definiëren in richtlijnen, waarbij de apothekers zouden moeten aangeven welk middel waarvoor moet worden voorgeschreven. Bij de vertaling in zorgstandaarden en indicatoren moeten ook de verzekeraars en de overheid worden betrokken.</li> <li>• De industrie kan niet genegeerd worden als belangrijke stakeholder, omdat dat de optimale zorg ondermijnt. Een trusted third party kan een oplossing bieden.</li> <li>• Integrale bekostiging kan samenwerking belemmeren; er moet goed gekeken worden naar de invulling van de regierol en de kosten van farmaceutische dienstverlening kunnen worden opgenomen in de integrale bekostiging maar die van de medicatie zelf niet.</li> <li>• Er moet meer tijd en geld worden gestoken om belemmerende en bevorderende factoren voor naleving van aanbevelingen te identificeren. Feedback over de volledige naleving en benchmarken met anderen kan naleving verbeteren.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

<b>Naam project/onderwerp</b>	<b>25. Biedt de NDF Zorgstandaard zorggroepen voldoende houvast? Bruikbaarheid NDF Zorgstandaard voor zorggroepen.</b>
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Lemmens et al. (28), RIVM, geaccepteerd bij TSG
Doel en onderzoeksvragen	Doel van het onderzoek was om te bepalen of de NDF Zorgstandaard zorggroepen met een zorgprogramma voor diabetes voldoende houvast biedt. De onderzoeksvragen waren: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In hoeverre wordt de zorgstandaard gevolgd bij het vormgeven van de inhoud van de diabeteszorg?</li> <li>2. Hoe wordt de zorgstandaard gebruikt bij het zorginkoopproces?</li> <li>3. In hoeverre zijn de multidisciplinaire samenwerkingverbanden zoals de zorgstandaard die beoogd tussen de zorgverleners tot stand gekomen?</li> <li>4. Hoe wordt de naleving van de zorgstandaard gestimuleerd en gecontroleerd?</li> <li>5. In hoeverre wordt gebruikgemaakt van de functionele omschrijving van de zorgstandaard?</li> <li>6. In hoeverre is de centrale rol van de patiënt zoals de zorgstandaard die beoogd tot stand gekomen?</li> <li>7. Hoe wordt de zorgstandaard beoordeeld?</li> </ol>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2a, 2d, 2e, 2f
Onderzoeksoptzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Vragenlijstonderzoek onder zorggroepen (steekproef n=89, respons n=45); interviews met vertegenwoordigers van zorggroepen (n=10)
Jaar gegevensverzameling	2009
Aandoening	Diabetes
Perspectief	Zorggroepen
Type indicatoren	Structuur, proces
Uitkomstmaten*	4, 5, 9
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorggroepen gebruiken de NDF zorgstandaard zowel bij het opstellen van het zorgprogramma diabetes als bij het zorginkoopproces.</li> <li>• De controles en zorgactiviteiten zoals omschreven in 'Bijlage 3' van de zorgstandaard zijn grotendeels opgenomen in de zorgprogramma's van de zorggroepen.</li> <li>• Zorggroepen maken gebruik van de functionele omschrijving in de vorm van taakherschikking en er vindt samenwerking tussen de kerndisciplines plaats.</li> <li>• De beoogde structurele samenwerkingsverbanden met de overige zorgverleners komen nog weinig tot stand en de centrale rol van de patiënt is nog onvoldoende vormgegeven.</li> <li>• Zorggroepen missen in de zorgstandaard de mogelijkheid om zorg op maat te kunnen leveren.</li> <li>• Het merendeel van de zorggroepen (95%) is tevreden over de zorgstandaard.</li> <li>• De zorgstandaard biedt voor zorggroepen voldoende houvast. Wel dient de bruikbaarheid van de zorgstandaard continu geëvalueerd te worden vanwege de tweeledige rol die hij vervult en vanwege de taakherschikking die mogelijk is geworden door de functionele omschrijving. Daarnaast zijn aanpassingen op het gebied van de diversiteit van patiëntgroepen en de centrale rol van de patiënt wenselijk.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

<b>Naam project/onderwerp</b>	<b>26. Nationaal Actieprogramma Diabetes: monitor 2010</b>
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Raaijmakers et al. (29), Universiteit Maastricht en Rescon, 2011
Doel en onderzoeksvragen	<p>Het doel van het onderzoek was het verkrijgen van inzicht in de mate van implementatie van de NDF Zorgstandaard diabetes onder zorgprofessionals en de belemmerende en bevorderende factoren die daarbij een rol spelen.</p> <p>De onderzoeksvragen waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In welke mate zijn in het onderzoek betrokken doelgroepen bekend met de zorgstandaard en/of werken zij met de zorgstandaard?</li> <li>2. Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaren zorgprofessionals in de diabeteszorg en meer specifiek in het werken volgens de zorgstandaard?</li> <li>3. Hoe wordt de haalbaarheid van het werken met de zorgstandaard ingeschat door zorgprofessionals die daar nog geen ervaring mee hebben? Wat zijn overwegingen bij het inschatten van de haalbaarheid?</li> <li>4. Hoe vindt samenwerking tussen zorgprofessionals plaats? Wordt er samengewerkt binnen zorggroepen?</li> <li>5. In welke mate hebben zorgprofessionals behoefte aan informatie en (verdere) ondersteuning met betrekking tot het werken volgens de zorgstandaard? Van wie wil/verwacht men die informatie en ondersteuning?</li> <li>6. In welke mate en op welke manier houden zorgprofessionals zich bezig met de verbetering van de kwaliteit van de diensten die zij bieden? Welke criteria voor kwaliteit worden daarbij gehanteerd en welke rol kan de zorgstandaard hierbij spelen volgens de professionals?</li> <li>7. Kennen mensen met (een hoog risico op) diabetes de Zorgwijzer en hoe denken zij daar over? In welke mate voelen patiënten zich betrokken bij hun behandeling/geboden zorg? In hoeverre geeft men aan over een individueel zorgplan te beschikken? In hoeverre geeft men aan tevreden te zijn over geboden zorg?</li> <li>8. Welke aanbevelingen kunnen op grond van antwoorden op bovengenoemde vragen worden gedaan ten aanzien van de verdere doorontwikkeling van het Actieprogramma en de daarbij behorende ondersteuningsstructuur?</li> </ol>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	1a, 2a, 2d, 2e, 3d
Onderzoeksopzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Vragenlijstonderzoek onder zorgprofessionals (steekproef n=onbekend, respons n=1726) en patiënten (steekproef n=onbekend, respons n=571); diepte-interviews bij zorgprofessionals (n=25) en patiënten (n=8)
Jaar gegevensverzameling	2010-2011
Aandoening	Diabetes
Perspectief	Onderaannemers, patiënten
Type indicatoren	Structuur, proces, uitkomst
Uitkomstmaten*	4, 5, 6, 9

Naam project/onderwerp	26. Nationaal Actieprogramma Diabetes: monitor 2010 (vervolg)
Kernbevindingen	<p>Zorgprofessionals</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgprofessionals hebben een matig positieve houding ten opzichte van de NDF zorgstandaard.</li> <li>• Professionals kennen de zorgstandaard niet precies, minder dan de helft heeft de zorgstandaard in zijn bezit.</li> <li>• Twee derde van de zorgprofessionals geeft aan dat de zorgstandaard bijdraagt aan het waarborgen van de kwaliteit van zorg.</li> <li>• Zorgprofessionals werken veelal nog niet conform zorgstandaard; het opstellen van een individueel zorgplan en de samenwerking binnen en tussen de lijnen gebeurt nog onvoldoende, maar het uitvoeren van de jaarlijkse controle en bijbehorende onderzoeken en het betrekken van patiënten wordt wel grotendeels conform de zorgstandaard gedaan.</li> <li>• Bijna drie kwart ervaart belemmeringen, de top 5 was: toegang tot effectieve leefstijlprogramma's, zorg aan moeilijk bereikbare groepen, financiering, wet- en regelgeving bij het verlenen van zorg conform de zorgstandaard, gestandaardiseerd registreren en uitwisselen van gegevens en werken in multidisciplinaire teams.</li> <li>• Apothekers, fysiotherapeuten en diëtisten willen meer erkenning voor hun rol binnen de diabeteszorg.</li> </ul> <p>Patiënten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De resultaten van het onderzoek onder patiënten bevestigen de conclusie dat de behandeling vaak nog niet volledig wordt uitgevoerd conform de NDF zorgstandaard.</li> <li>• Patiënten zijn over het algemeen tevreden over de ontvangen zorg en ervaren in hoge mate door de zorgverlener betrokken te worden bij hun behandeling.</li> <li>• Ongeveer de helft is niet bekend met de Diabetes Zorgwijzer en een zesde had de zorgwijzer in zijn bezit.</li> <li>• Patiënten geven aan dat de informatie die ze krijgen van verschillende zorgverleners over het algemeen redelijk tot goed overeenkomt.</li> <li>• Een derde had helemaal geen individueel zorgplan; het merendeel van de mensen met een zorgplan had een mondeling zorgplan.</li> <li>• Bijna de helft gaf aan meer informatie en/of steun te willen over diabetes in het dagelijks leven.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.



Naam project/onderwerp	27. VRM in de tweede lijn: volgens de zorgstandaard?
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Snoeijs et al. (30), Nivel, 2011
Doel en onderzoeksvragen	<p>Het doel van het onderzoek was het verkrijgen van inzicht in de mate waarin in de tweedelij al volgens de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (VRM) wordt gewerkt.</p> <p>De onderzoeksvragen waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1a. In welke mate zijn zorgverleners in de tweede lijn op de hoogte van de CBO-richtlijn/ NHG-Standaard CVRM 2006, het begrip 'zorgstandaard' en de zorgstandaard VRM?</li> <li>1b. In welke mate gebruiken zorgverleners in de tweede lijn de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM 2006 en de zorgstandaard VRM?</li> <li>2. In hoeverre werken zorgverleners in de tweede lijn volgens de zorgstandaard VRM (uitgaande van de voor de tweede lijn relevante indicatoren in de zorgstandaard)?</li> <li>3a. Hebben ziekenhuizen activiteiten ontplooid om de zorgstandaard te implementeren?</li> <li>3b. Hoe kan de implementatie van de zorgstandaard in de tweede lijn volgens beroeps-beoefenaren bevorderd worden?</li> <li>3c. Wat zijn belemmerende factoren voor de implementatie van de zorgstandaard in de tweede lijn?</li> <li>4a. Hoeveel aparte spreekuren en poli's zijn er voor VRM?</li> <li>4b. Voor welke patiënten zijn deze spreekuren en poli's?</li> <li>4c. Hoe verhoudt dit zich tot de situatie in 2004/2005?</li> </ol>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	1a, 2d
Onderzoekopzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Vragenlijst onder specialisten (steekproef n=372, respons n=161)
Jaar gegevensverzameling	2011
Aandoening	VRM
Perspectief	Onderaannemers
Type indicatoren	Structuur, proces
Uitkomstmaten*	4, 9
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bijna twee derde van de specialisten is bekend met de zorgstandaard VRM, slechts een minderheid heeft alle delen van de zorgstandaard doorgenomen.</li> <li>• Een derde van de specialisten geeft aan een digitaal of schriftelijk vastgelegd individueel zorgplan te maken.</li> <li>• Iets meer dan de helft van de specialisten geeft aan structurele samenwerkingsafspraken met de eerste lijn te hebben, vaker hebben ze afspraken met andere specialisten.</li> <li>• Vrijwel alle specialisten zetten in het dossier of een patiënt CVA/TIA, diabetes of hypertensie heeft en ook risicofactoren als cholesterol, familiehistorie en bloeddruk zijn bij een grote meerderheid goed zichtbaar.</li> <li>• 91% van de deelnemende specialisten zet de rookstatus duidelijk zichtbaar in het dossier.</li> <li>• Een derde van de deelnemende specialisten geeft aan dat in hun ziekenhuis activiteiten ontplooid worden om de zorgstandaard te implementeren.</li> <li>• De helft van de specialisten heeft een actueel medicatieoverzicht voor alle patiënten en een derde voor de meeste patiënten.</li> <li>• In bijna twee derde van de ziekenhuizen is een aparte poli of spreekuur voor VRM, men wijst vooral mensen met perifeer arterieel lijden of cerebrovasculair lijden hiernaar door en minder vaak mensen met diabetes of nierfalen.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

Naam project/onderwerp	28. VRM in de huisartspraktijk: volgens zorgstandaard?
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Vervloet et al. (31), Nivel, 2010
Doel en onderzoeksvragen	Het doel van het onderzoek was het verkrijgen van inzicht in de mate waarin in Nederland al volgens de zorgstandaard VRM wordt gewerkt. De onderzoeksvragen waren: 1. In welke mate kennen en gebruiken huisartsen de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM, de zorgstandaard VRM en de brochures van de Nederlandse Hartstichting (NHS)? 2. Hoe is de zorg rondom VRM in de huisartspraktijk georganiseerd? 3. Welke samenwerkingsafspraken hebben huisartsen met: a) andere zorgverleners in de eerste lijn; b) zorgverleners in de tweede lijn en c) patiënten?
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2d
Onderzoeksoptzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Vragenlijstonderzoek onder huisartsen (steekproef n=1456, respons n=498)
Jaar gegevensverzameling	2010
Aandoening	VRM
Perspectief	Onderaannemers
Type indicatoren	Structuur, proces
Uitkomstmaten*	4, 9
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een vijfde van de deelnemende huisartsen geeft aan de zorgstandaard VRM te hebben ontvangen, een derde van deze huisartsen heeft hem niet gelezen.</li> <li>• Een kwart van de huisartsen geeft aan een individueel zorgplan op te stellen.</li> <li>• Circa 60% van de huisartsen geeft aan een risicoprofiel bij alle of een meerderheid van de patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten op te stellen.</li> <li>• 9% van de huisartsen wijst een centrale zorgverlener aan.</li> <li>• Vrijwel alle huisartsen zetten in het dossier of een patiënt diabetes of hypertensie heeft.</li> <li>• 20% van de huisartsen zet het totale risico op hart- en vaatziekten op een duidelijke zichtbare plaats in het dossier.</li> <li>• Iets meer dan drie kwart van de huisartsen bezit voor de meerderheid van de patiënten een totaaloverzicht van de medicatie.</li> <li>• Iets meer dan de helft van de huisartsen maakt afspraken met zorgverleners uit de eerste lijn, vooral met diëtisten, diabetesverpleegkundigen en apothekers. Samenwerkingsafspraken hebben vooral betrekking op de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.</li> <li>• Een vijfde van de huisartsen heeft afspraken met zorgverleners uit de tweede lijn (internisten en cardiologen) en dan vooral over verwijzen en terugverwijzen.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

Naam project/onderwerp	29. VRM vanuit patiëntenperspectief: volgens zorgstandaard?
Auteurs, organisatie, jaar van publicatie	Van Boheemen et al. (32), Nivel, 2010
Doel en onderzoeksvragen	<p>Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de (organisatie van) zorg vanuit het perspectief van mensen met (een verhoogd risico op) door atherosclerose veroorzaakte hart- en vaataandoeningen anno 2010.</p> <p>De onderzoeksvragen waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hoe ervaren mensen met (een verhoogd risico op) door atherosclerose veroorzaakte hart- en vaataandoeningen de zorg die ze van hun zorgverleners krijgen en de samenwerking tussen hun zorgverleners?</li> <li>2. Hoe ervaren deze mensen de communicatie met en informatievoorziening door zorgverleners als het gaat om de uitleg van het risico op hart- en vaatziekten en behandelmogelijkheden?</li> <li>3. In hoeverre voeren deze mensen zelfmanagementactiviteiten ten aanzien van leefstijl en therapietrouwbevordering zoals vermeld in de zorgstandaard VRM uit? In hoeverre worden zij hierin ondersteund door de centrale zorgverlener(s)?</li> </ol>
EIB-onderzoeksvragen die worden beantwoord	2d
Onderzoeksofzet	Cross-sectioneel onderzoek
Follow-up in maanden	n.v.t.
Manier van gegevensverzameling (n)	Vragenlijstonderzoek onder patiënten (steekproef n=1565, respons n=632)
Jaar gegevensverzameling	2010
Aandoening	VRM
Perspectief	Patiënten
Type indicatoren	Structuur, proces
Uitkomstmaten*	4, 6, 9
Kernbevindingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een individueel zorgplan is niet gangbaar, 6% van de respondenten geeft aan een individueel zorgplan te hebben. Ruim een derde van alle respondenten geeft aan dat er een plan gemaakt is om de risicofactoren aan te pakken.</li> <li>• De meeste patiënten vinden dat ze basale en praktische informatie over hun medicijnen hebben ontvangen.</li> <li>• 15% van de patiënten bezit zelf een totaalbeeld van hun medicatie.</li> <li>• De huisarts speelt bij de meeste patiënten een belangrijke en centrale rol in de zorg voor hart- en vaatziekten. De meeste patiënten zien de huisarts als de zorgverlener waarvan zij de meeste zorg en ondersteuning krijgen.</li> <li>• Aan bijna 30% van de patiënten is uitgelegd welke andere zorgverleners zouden kunnen helpen.</li> <li>• De afstemming tussen zorgverleners kan volgens patiënten beter; bijna een derde aan soms of vaak tegenstrijdige informatie te ontvangen van verschillende zorgverleners en meer dan een kwart moet vaak hetzelfde verhaal vertellen.</li> <li>• Er wordt nog weinig actieve inbreng van patiënten gevraagd; een derde krijgt de vraag wat voor een doelen hij/zij wil bereiken.</li> <li>• Een minderheid van de patiënten kreeg leefstijladviezen; 37% van de patiënten kreeg het advies gezonder en/of minder te eten en 40% om meer te bewegen. Van de rokers kreeg ruim 60% het advies om te stoppen.</li> </ul>

\* 1 = klinische uitkomstmaten; 2 = sterfte; 3 = kwaliteit van leven; 4 = naleving zorgstandaard; 5 = ervaringen met IB (zorggroepen, onderaannemers, zorgverzekeraars); 6 = patiëntervaringen/ tevredenheid; 7 = zorggebruik; 8 = kosten; 9 = samenwerking en afstemming.

## Bijlage 2 Lopende onderzoeken

Organisatie/ Betrokkenen	EIB-onderzoeks- vragen die worden beantwoord	Doel en onderzoeksvragen van het onderzoek	Verwachte opleverdatum
CZ Zorgverzekeraar	1a, 1b	CZ Zorgverzekeraar voert een financiële en inhoudelijke evaluatie uit naar ketenzorg in de periode 2008-2011. Dit onderzoek sluit nauw aan bij het onderzoek dat uitgevoerd wordt door Nyfer (zie voor een beschrijving van het onderzoek van Nyfer onderaan deze tabel).	Juni 2012
CZ Zorgverzekeraar, DVN, Apotheek organisaties, zorggroepen	3b	Diabetes Dialoog. Doel van het project is inzicht krijgen in de wijze waarop farmaceutische hulp geïntegreerd kan worden in de eerstelijnszorg. Drie zorggroepen gaan ieder een deeltraject uitvoeren (formulair, polyfarmacie en concordantie). Dit wordt geëvalueerd door SIR.	April 2013
Erasmus Universiteit Rotterdam: o.a. AP Nieboer J.M. Cramm M.M.H. Strating A. Tsiachristas B. Hipple-Walters K.M.M. Lemmens M. Rutten-Van Mölken	1a, 1b, 2f	Evaluatie van 22 disease management programma's. Doel van het onderzoek is inzicht krijgen in de werkingsmechanismen van disease management en inzicht krijgen in de bruikbaarheid en kosteneffectiviteit van disease management om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De onderzoeksvragen zijn als volgt geformuleerd: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kunnen we een algemeen raamwerk ontwikkelen en toepassen om de componenten van elk disease management programma en iedere patiëntenpopulatie te beschrijven en vergelijken?</li> <li>2. Wat zijn de effecten van disease management interventies op de primaire uitkomsten op het patiënt, professional en organisatorisch niveau?</li> <li>3. Welke interventies worden daadwerkelijk uitgevoerd binnen de context van 'disease management voor chronische ziekten' programma?</li> <li>4. Wat zijn de totale kosten (inclusief implementatiekosten en alle downstream kosten voor de gezondheidszorg) geassocieerd met de interventies en hoe worden ze gefinancierd en vergoed?</li> <li>5. Hoe zijn deze kosten gerelateerd aan de effecten van disease management interventies op de primaire uitkomsten op het patiënt, professional en organisatorisch niveau?</li> <li>6. Wat zijn cruciale succes- en faalfactoren die het effect van disease management interventies beïnvloeden, en hoe verspreidt zich dit naar andere settings?</li> </ol> <p>Het studieprotocol met een beschrijving van de onderzoeksmethoden is gepubliceerd (33).</p> <p>Status: resultaten van de vervolgmeting worden momenteel (februari 2012) verzameld.</p>	Voorjaar 2012

Organisatie/ Betrokkenen	EIB-onderzoeks- vragen die worden beantwoord	Doel en onderzoeksvragen van het onderzoek	Verwachte opleverdatum
IGZ	2d, 2e, 2f, 3b	<p>Doel van het onderzoek is na te gaan of de zorggroep integrale zorg levert volgens de zorgstandaarden. Specifiek wordt gekeken naar de Zorgstandaard Diabetes. De onderzoeksvraag en deelvragen zijn als volgt geformuleerd:</p> <p>Ontvangen diabetes patiënten van een zorggroep de zorg volgens de Zorgstandaard Diabetes?</p> <p>Deelvragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Is voor elke diabetespatiënt van de zorggroep het patiëntendossier toegankelijk voor de betrokken hulpverleners?</li> <li>2. Heeft elke diabetespatiënt van de zorggroep een actueel en volledig zorg/behandelplan?</li> <li>3. Krijgt iedere diabetespatiënt voorlichting en educatie over preventieve activiteiten?</li> <li>4. Op welke wijze krijgen diabetespatiënten ondersteuning bij hun zelfmanagement?</li> <li>5. In hoeverre wordt door samenwerking, coördinatie en afstemming tussen betrokkenen zorgverleners in en buiten de keten de continuïteit in de zorg gewaarborgd?</li> <li>6. Op welke wijze wordt bij multimorbiditeit fragmentatie van de zorg in de zorggroep voorkomen?</li> <li>7. Hoe wordt in de zorggroep gestalte gegeven aan het interne kwaliteitsbeleid?</li> </ol> <p>Manier van gegevensverzameling: inspectiebezoeken bij 20 zorggroepen. Status: de resultaten zijn verzameld en worden momenteel geanalyseerd.</p>	Derde kwartaal 2012
Julius centrum: G. Rutten K. Gorter M. Campmans- Kuijpers Kenniscentrum Ketenzorg Chronische Ziekten Zwolle: J. Groothuis A. Bosch K. van Vuure H. Bilo RIVM: C. Baan L. Lemmens	2d, 2f	<p>Nationaal Actieprogramma Diabetes: Aan de slag met kwaliteitsbeleid. Het doel van het project is te komen tot systematische en structurele kwaliteitsverbetering binnen het veld van de standaard diabeteszorg (zorggroepen en poliklinieken). De onderzoeksvragen zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welk percentage van de doelgroep heeft een systematisch en structureel diabetes kwaliteitsbeleid? Op welk niveau bevindt zich dit?</li> <li>2. Welke scala van instrumenten wordt bij de kwaliteitsverbetering gebruikt?</li> <li>3. Wat is het effect van 11 maanden aanbieden van dit scala, via een website, aan de doelgroep om het bestaande kwaliteitsniveau te verhogen?</li> </ol> <p>Manier van gegevensverzameling: actieonderzoek. 1. vragenlijst-onderzoek onder zorggroepen en diabetespoliklinieken (0-meting), 2. begeleiding van zorggroepen, en diabetespoliklinieken om een kwaliteitscyclus in te voeren of te verbeteren door aanbieden van kwaliteitsinstrumenten via website, advisering en ondersteuning. 3. vragenlijstonderzoek onder zorggroepen en diabetespoliklinieken (1-meting).</p> <p>Status: de gegevens van de 0-meting zijn verzameld.</p>	2013
Julius Centrum: J. Tummers G. Schrijvers  UMC Utrecht: A. Visser-Meily	Geen van de onderzoeks-vragen worden met dit onderzoek beantwoord	<p>Onderzoek naar integrale bekostiging voor CVA-ketenzorg. De onderzoeksvraag van dit onderzoek is als volgt geformuleerd: Wat is een haalbaar financieringsmechanisme voor CVA-ketenzorg in Nederland?</p> <p>Manier van gegevensverzameling: diepte-interviews met experts (zorgaanbieders, verzekeringsmaatschappijen, onderzoekers, overheidsinstellingen en de overheid) op het gebied van CVA-zorg en bekostiging.</p> <p>Status: het merendeel van de interviews is uitgevoerd (februari 2012), de definitieve rapportage staat gepland voor eind april/mei 2012.</p>	Eind april - begin mei 2012
Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten	2d	<p>De Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVP) voert een inventarisatie uit binnen de beroepsgroep (podotherapeuten). Meer informatie over dit onderzoek ontbreekt.</p>	April 2012

Organisatie/ Betrokkenen	EIB-onderzoeks- vragen die worden beantwoord	Doel en onderzoeksvragen van het onderzoek	Verwachte opleverdatum
Nivel	2d	<p>Het doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in hoeverre de diëtistische zorg geleverd door diëtisten veranderd is door integrale bekostiging.</p> <p>Twee vragen staan centraal:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In hoeverre is de zorg tussen 2008 en 2010 veranderd voor vrijgevestigde diëtisten die al dan niet in 2010 zorg leverden voor een zorggroep?</li> <li>2. Heeft er een verandering plaatsgevonden van het aandeel diabetespatiënten dat bij de vrijgevestigde diëtisten onder behandeling is?</li> </ol> <p>Manier van gegevensverzameling: er wordt gebruikgemaakt van gegevens van het Landelijke informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ).</p>	Half april
Nivel	1a, 2b, 2e, 3b, 3d, 3e	<p>Het doel van het onderzoek is de eerste effecten van integrale bekostiging voor COPD in kaart te brengen. De gebruikte uitkomstmaten zullen waar mogelijk gelijk zijn aan die van een eerder onderzoek naar de eerste ervaringen van integrale bekostiging voor diabetes type 2 (11).</p> <p>Manier van gegevensverzameling: er wordt gebruikgemaakt van gegevens van het NPCG en het LINH.</p>	Eind april/ begin mei
Nivel	Geen van de onderzoeksvragen worden met dit onderzoek beantwoord	<p>De Diabetes Vereniging Nederland (DVN) wil de verspreiding en het gebruik van de Diabetes Zorgwijzer type 2 bevorderen. Om dit te bewerkstelligen verspreidt DVN de zorgwijzer in vier regio's en biedt DVN ondersteuning aan patiënten/mantelzorgers bij het gebruik ervan, met name bij het opstellen en werken met een persoonlijk zorgplan. Het NIVEL voert een evaluatie-onderzoek uit bij dit implementatieproject. Het doel van het onderzoek is na te gaan in hoeverre de inspanningen van DVN gericht op de bevordering van de verspreiding en het gebruik van de Diabetes Zorgwijzer type 2 in vier regio's hun vruchten afwerpen (effect-evaluatie). Daarnaast biedt het onderzoek inzicht in de bevorderende en belemmerende factoren voor verspreiding en gebruik van de zorgwijzer (procesevaluatie).</p> <p>Manier van gegevensverzameling:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. voormeting onder diabetespatiënten en diabeteszorgverleners (eind 2010/begin 2011);</li> <li>2. groepsgesprekken met diabetespatiënten (najaar 2011);</li> <li>3. nameting onder diabetespatiënten en diabeteszorgverleners en groepsgesprekken met vrijwilligers van DVN (najaar 2012).</li> </ol>	Najaar 2012
Nivel: J. Tol I.C.S. Swinkels D.H. de Bakker C. Veenhof  RIVM: J.N. Struijs	2c, 2d, 3d	<p>Onderzoek naar de ervaringen van diëtisten met integrale bekostiging.</p> <p>Doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de betrokkenheid, ervaringen en meningen van eerstelijns diëtisten met zorgprogramma's en integrale bekostiging.</p> <p>De onderzoeksvragen zijn als volgt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In welke mate zijn diëtisten betrokken bij zorgprogramma's?</li> <li>2. Wat zijn de ervaringen van diëtisten met zorggroepen en integrale bekostiging?</li> <li>3. Wat zijn de meningen over integrale zorg door integrale bekostiging?</li> </ol> <p>Manier van gegevensverzameling: vragenlijstonderzoek onder diëtisten.</p> <p>Status: het onderzoek is afgerond, maar nog niet openbaar.</p>	Onbekend

Organisatie/ Betrokkenen	EIB-onderzoeks- vragen die worden beantwoord	Doel en onderzoeksvragen van het onderzoek	Verwachte opleverdatum
Nivel: P.S. Janssen I.C.S. Swinkels D.H. de Bakker C. Veenhof  VU Amsterdam: W. Ijzelenberg  RIVM: J.N. Struijs	2c, 2d, 3d	Onderzoek naar de ervaringen van fysiotherapeuten met integrale bekostiging. Doel van het onderzoek is de betrokkenheid van fysiotherapeuten bij zorggroepen en integrale bekostiging te inventariseren. De onderzoeksvragen zijn als volgt: 1. In welke mate zijn fysiotherapeuten betrokken bij zorggroepen en integrale bekostiging? 2. Wat zijn de taken van de fysiotherapeuten in het zorgprogramma en hoe zijn deze taken veranderd door de komst van zorgprogramma's? 3. Welke samenwerkingsverbanden zijn ontstaan door integrale bekostiging? 4. Wat is de kennis en zijn de meningen van fysiotherapeuten met betrekking tot integrale bekostiging en de zorgstandaarden? Manier van gegevensverzameling: vragenlijstonderzoek onder fysiotherapeuten. Status: het onderzoek is afgerond, maar nog niet openbaar.	Onbekend
NPCF, Diabetes Vereniging Nederland, De Hart & Vaatgroep, Astmafonds	1a	Meldactie-ervaringen van patiënten met de chronische zorg. Het doel van de meldactie is het opvangen van signalen op basis van ervaringen van patiënten met de chronische zorg. Er wordt niet gestreefd naar representatieve resultaten. Manier van gegevensverzameling: online vragenlijst. Thema's in de vragenlijst: • afstemming en samenwerking tussen zorgverleners; • het werken met een individueel zorgplan; • ondersteuning bij zelfmanagement. Een brief van de NPCF naar de Tweede Kamer met de eerste resultaten van dit onderzoek is wel al beschikbaar (34).	Eind maart/ begin april 2012
Nyfer	1a, 1b (een deel van dit onderzoek gaat over integrale bekostiging, onduidelijke welke vragen precies beantwoord gaan worden)	Doel van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in wat nodig is om het zorgaanbod beter te laten aansluiten bij veranderingen in de zorgvraag en maatschappelijke behoeften. De onderzoeksvragen zijn als volgt geformuleerd: 1. Hoe kan vernieuwde, geïntegreerde eerstelijnszorg bijdragen aan effectievere, veiligere en doelmatigere zorg die aansluit bij de behoeften van patiënten/burgers en de samenleving als geheel? 2. Welke financiële, organisatorische en andere belemmeringen staan hervorming van de eerstelijnszorg in deze richting in de weg? Hoe kunnen aanwezige barrières worden doorbroken? 3. Wat is het rendement van hervormingen in de eerstelijnszorg in termen van kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg op lange termijn? Manier van gegevensverzameling: literatuuronderzoek, interviews met hoofdrolspelers, analyse van medische en financiële data van zorgverzekeraar CZ.	Onbekend
NZa	2c, 3d	Marktscan Keten zorg. De NZa heeft een aanwijzing van het ministerie van VWS gehad om de markt voor ketenzorg te monitoren. Hiermee moet inzicht worden verkregen in de effecten van de introductie van de ketens diabetes type 2, CVRM en COPD. Om invulling te geven aan dit verzoek heeft de NZa een marktscan Keten zorg opgezet die een algemeen beeld geeft van de markt en daarbij op een systematische wijze ingaat op de kans van het optreden van de marktrisico's 'marktmacht' en 'intransparantie'. Tevens benoemt de marktscan de markt-specifieke uitingsvormen van de risico's waar deze de publieke belangen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid en daarmee ook de consument kunnen schaden.	Juni 2012

Organisatie/ Betrokkenen	EIB-onderzoeks- vragen die worden beantwoord	Doel en onderzoeksvragen van het onderzoek	Verwachte opleverdatum
RIVM: C. Baan S. de Bruin L. Lemmens J. Struijs  NIVEL: P. Rijken VU: G. Nijpels LVG: L. Kliphuis	2e	Doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de manieren om patiënten te betrekken bij organisatorische besluitvormingsprocessen binnen zorggroepen (patiëntenparticipatie), na te gaan hoe patiëntenparticipatie verbeterd kan worden en welke wensen patiënten en zorggroepen hebben. Manieren van gegevensverzameling: literatuuronderzoek, interviews met vertegenwoordigers van negen zorggroepen en regionale patiënt-vertegenwoordigers en action research (waarbij twee zorggroepen en patiëntvertegenwoordigers worden gevolgd en ondersteund bij het maken van een actieplan voor de vormgeving en implementatie van een nieuwe vorm van patiëntenparticipatie). Resultaten uit het literatuuronderzoek, de interviews en de ervaringen opgedaan tijdens het action research worden gebundeld in een 'handboek' over patiëntenparticipatie bij organisatorische besluitvorming binnen zorggroepen. Dit handboek wordt verspreid onder zorggroepen en patiëntvertegenwoordigers.	Zomer 2012
RIVM: J.N. Struijs S.M. Mohnen C.A. Baan	1b	Het doel van het onderzoek is inzicht te geven in de effecten van disease management en IB op de macrokosten van de zorg. De onderzoeksvragen zijn als volgt geformuleerd: 1. Wat is het effect van de invoering van een zorgprogramma voor diabetes of COPD op de macrokosten van de zorg? 2. Wat is het effect van de invoering van IB van de diabetes- of COPD-zorg op de macrokosten van de zorg? 3. In hoeverre heeft de invoering van disease management /IB geleid tot een verminderde instroom van patiënten naar het ziekenhuis? 4. In hoeverre heeft de invoering van disease management /IB geleid tot een toenemende instroom van patiënten in zorgprogramma's voor diabetes/COPD? Manier van gegevensverzameling: analyseren van declaratiegegevens van Vektis over periode 2007-2010.	Eind april 2012 (concept)
RIVM: J.T. de Jong-van Til L.C. Lemmens C.A. Baan J.N. Struijs	2a, 2b, 2c, 2d, 2e, 2f, 3b, 3c, 3d	2-meting zorggroepen. Het doel van het onderzoek is inzicht te geven in de organisatorische ontwikkelingen van zorggroepen. De onderzoeksvragen met daarbij verschillende deelvragen zijn als volgt geformuleerd: 1. Hoe zijn de zorggroepen in 2011 georganiseerd? • Wat zijn de algemene kenmerken van zorggroepen? • Hoe zijn zorggroepen verspreid over Nederland? • Hoe is de ICT geregeld binnen zorggroepen? • Hoe zijn patiënten betrokken bij de organisatie van zorggroepen? 2. Welke zorgprogramma's hebben de zorggroepen gecontracteerd? • Hoe gaan de onderhandelingen met de zorgverzekeraars en zorgaanbieders? 3. Hoe geven zorggroepen de verschillende zorgprogramma's vorm? • Wat is de inhoud van de zorgprogramma's voor diabetes, COPD en VRM? • Hoe wordt door zorggroepen omgegaan met patiënten met multimorbiditeit? Manier van gegevensverzameling: vragenlijstonderzoek onder zorggroepen (respons: N=65).	Eind april 2012 (concept)
UMCG	1a	Vanaf 2007 is het UMCG betrokken bij de evaluatie van diabeteszorg in het kader van de keten-dbc diabetes (GIANTT). Vanaf komend jaar wordt ook de CVRM zorg geëvalueerd. Een doel van het onderzoek is inzicht krijgen in de effecten van de invoering van de keten-dbc op de klinische /behandelingparameters. Effecten op de kosten worden niet in kaart gebracht. Manier van gegevensverzameling: dynamisch cohortonderzoek. Jaarlijkse gegevensverzameling van de Groninger Huisartsen Coöperatie (meer dan 200 huisartsen, 150 praktijken, 20.000 patiënten).	Resultaten CVRM: april/ mei 2013 Resultaten diabetes: onbekend
VGZ	1b, 2f	Zorgverzekeraar VGZ voert een intern onderzoek/project uit naar de effecten van de inspanning die de zorgverzekeraar heeft geleverd op het gebied van inkoop van meer integrale zorg. Daarbij wordt gekeken of er verschuivingen zichtbaar zijn tussen de zorgsoorten (huisartsenzorg, ziekenhuiszorg etc.). Meer informatie over dit onderzoek ontbreekt. Een brief van VGZ naar de Tweede Kamer met de eerste resultaten van dit onderzoek is wel beschikbaar.	Onbekend



## Bijlage 3 Benaderde organisaties voor inventarisatie onderzoeken

Organisatie	Contactpersoon
Achmea/Agis	Dhr. G. Groenenboom Mevr. C. Steensma Dhr. N. Sprangers Mevr. W. Jonkers Mevr. R. van Staalduine
Astmafonds	Mevr. Radstake
Cliëntenraad Diabetes Zorgsysteem West-Friesland	Dhr. P. Brans
College voor Zorgverzekeringen (CVZ)	Mevr. P. Mullenders
Coördinatieplatform Zorgstandaarden	Dhr. R. van Schilfgaarde
CZ Zorgverzekeraar	Mevr. K. Schram Dhr. J. Gijzen
Diabetesfonds	Dhr. D. Hettinga
Diabetes Vereniging Nederland (DVN)	Dhr. M. Ploeg
Erasmus Universiteit Rotterdam	Mevr. A. Nieboer
De Hart&Vaatgroep	Dhr. H. van Laarhoven
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	Mevr. C. Ketelaars
Jan van Es Instituut	Dhr. M. Bruijnzeels
Julius Centrum	Dhr. G. Schrijvers Dhr. G. Rutten
Kenniscentrum Zwolle	Dhr. H. Biló
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)	Mevr. E. Hasselerdam Dhr. H. Redeker
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)	Dhr. J. Smits
KPMG Plexus	Dhr. M. Berg
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	Dhr. K. Rosmalen
Adviesgroep Keten zorg	Dhr. H. Bolle
Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG)	Dhr. L. Kliphuis Dhr. M. Roosenboom
Long Alliantie Nederland (LAN)	Dhr. E. Rolink
Meetpunt Kwaliteit	Mevr. M. Meulepas
Menzis	Mevr. P. Voermans
Multizorg VRZ	Dhr. H. Dungelmann
Nederlandse Diabetes Federatie (NDF)	Mevr. M. Jebbink Mevr. I de Weerd
Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)	Dhr. B. Oude Elberink
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NLVT)	Mevr. G. Ubels
Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)	Dhr. F. Pellikaan
Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG)	Mevr. C. van Hulst
Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)	Dhr. F. Vogelzang
Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)	Mevr. N. Bakker Mevr. I. Walsmit
Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVP)	Mevr. E. Nuijten
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	Dhr. E. Koek Dhr. E. de Laat Mevr. M. de Groot Dhr. M. Lugt
NIVEL	Mevr. C. van Dijk Dhr. M. Nielen
Optometristen Vereniging Nederland (OVN)	Mevr. H. Klein Ikkink
Platform Vitale Vaten	Dhr. H. van Laarhoven
Rijksuniversiteit Groningen	Mevr. P. Denig
SAN (landelijke branchevereniging van huisartsenlaboratoria)	Dhr. B. Reijners

Organisatie	Contactpersoon
Universiteit Maastricht	Mevr. A. Elissen Mevr.. I Duimel
UVIT	Dhr. J. van Zeelst Mevr. A. van Hees
Vilans	Mevr. M. van Harten
ZonMw	Mevr. H. Bonink Mevr. A. Pieterse Mevr. M. te Vaarwerk Mevr. H. Blonk
Zorgbelang Nederland	Dhr. P. van der Loo
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Dhr. M. Bouwmans

## Bijlage 4 Referentielijst

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010) Instelling Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Brief van dr. A. Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 13 januari 2010. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
2. Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (2012) Monitoring Integrale Bekostiging Zorg voor Chronisch Zieken: Tweede rapportage van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Den Haag: Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging.
3. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966 Jul;44(3):Suppl:166-206.
4. Adviesgroep Ketenzorg, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (2012) Memo: Contractering Zorggroepen in Nederland. Resultaten van een enquête onder zorggroepen over contracteren met zorgverzekeraars. Utrecht: Adviesgroep Ketenzorg en Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.
5. Adviesgroep Ketenzorg, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (2012) Transparantie Ketenzorg Diabetes Mellitus Rapportage zorggroepen 2010. Op weg naar genuanceerde rapportage van zorg. Utrecht: Adviesgroep Ketenzorg en Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.
6. Bakker N. Diëtisten in zorggroepen. Verslag van de enquête gehouden in september 2010. *NVD Nieuws.* 2010;12(8).
7. Besters C (2011) Implications of Integral Funding for Subcontracted Care Providers. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
8. Damen-van Beek Z, Eijk van M (2010) Ondersteuning van zorggroepen door farmaceutische bedrijven: De zorggroep als marketingingang. Utrecht: Gezonde sceptis, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik.
9. Dijk van M, Steeg van der H, Schrijvers A (2010) Onderhandelingen Diabetes Ketenzorg Midden Nederland: Een evaluatie van proces en resultaat. Utrecht: Julius Centrum.
10. Dijk van C, Swinkels I, Lugt M, Korevaar J (2011) Integrale bekostiging: Evaluatie van verwachte effecten op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel).
11. Dijk van C, Korevaar J (2011) Integrale bekostiging: Eerste ervaringen na één jaar invoering. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel).
12. Elissen A, Duimel-Peeters I, Spreuwenberg C, Vrijhoef B (2011) Going beyond the 'grand mean': Advancing approaches to disease management evaluation in the Netherlands. Maastricht: CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht University.
13. Haan de A (2009) Ketenzorg, Het faillissement van Salland Verzekeringen als Regisseur van zorg? Een evaluatie van de agentschapsrelatie tussen Salland Verzekeringen en de diabetesketen HDRD vanuit principaal-agent perspectief (afstudeerscriptie). Enschede: Universiteit Twente.
14. Nederlandse Zorgautoriteit (2010) Uitvoeringstoets Mededingingsanalyse zorggroepen: Samenwerken en concurreren in ketenzorg. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
15. Nederlandse Zorgautoriteit (2010) Uitvoeringstoets Uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg: Verruiming grenzen en soorten ketens. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
16. Postma D, Coolen J, Dooren van A (2010) Farmaceutische zorg in de openbare apotheek: initiatieven en afspraken rond 'extra zorg'. Utrecht: Hogeschool Utrecht en Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.
17. Schellevis J (2012) Kwaliteitsborging bij zorggroepen en de invloed van professioneel bestuur en toezicht (afstudeerscriptie). Leiden: Universiteit Leiden.
18. Til van JT, Wildt de JE, Struijs JN (2010) De organisatie van zorggroepen anno 2010: Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. RIVM Rapport 260332001. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
19. Smeele I, Meulepas M, Meulemans C, Reus I, Klomp M. Implementatie COPD ketenzorg door een zorggroep; eerste ervaringen. *Huisarts en Wetenschap* (geaccepteerd voor publicatie).
20. Sprangers N, Galiën van der O, Steensma C, Edgar P. Integrale bekostiging diabetes duur. *Medisch Contact.* 8 maart 2012.
21. Struijs JN, Van Til JT, Baan CA (2009) Experimenteren met de keten-dbc diabetes. De eerste zichtbare effecten. RIVM rapport 260014001. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
22. Struijs JN, de Jong-van Til JT, Lemmens LC, Drewes HW, Bruin de SR, Baan CA (2012) Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg. Effecten op zorgproces en kwaliteit van zorg. RIVM Rapport 260224003. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
23. Venema B (2010) Contractual agreements for Diabetes II treatment in the Netherlands (stageverslag). Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam en Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel).

24. Wildt de JE, Leusink G (2008) Nulmeting zorggroepen: Een beschrijvend onderzoek van de karakteristieken. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.
25. Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2011) Zorgstandaarden en Zorgmodules: Quickscan naar de stand van zaken. Den Haag: Coördinatieplatform Zorgstandaarden.
26. Diabetesvereniging Nederland (2010) Diabetes Zorgmonitor: Ontvangen mensen met diabetes de juiste zorg? Leusden: Diabetesvereniging Nederland.
27. Harmsen M, Boerboom L, Kusters S, Ouwens M (2010) Farmaceutische zorg in zorgstandaarden en indicatorontwikkeling. Een verkennende studie. Nijmegen: IQ healthcare.
28. Lemmens LC, de Jong-van Til JT, Struijs JN, Kooistra M, Baan CA. Biedt de NDF zorgstandaard zorggroepen voldoende houvast? Bruikbaarheid NDF zorgstandaard voor zorggroepen. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (geaccepteerd voor publicatie).
29. Raaijmakers LGM, Martens MK, Bagchus L, Jonkers R, Kremers SPJ (2011) NAD monitor 2010: Onderzoek onder zorgprofessionals en diabetespatiënten. Maastricht: Universiteit Maastricht en Rescon.
30. Snoeijs S, Strijbis A, Bos M, Dijk van L (2011) Vasculair risicomanagement in de tweede lijn: volgens de zorgstandaard? Meting in de tweede lijn. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel).
31. Vervloet M, Brabers A, Bos M, Dijk van L (2010) Vasculair Risicomanagement in de huisartspraktijk: volgens de zorgstandaard? Nulmeting eerste lijn. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel).
32. Boheemen van CAM, Geffen van ECG, D. P, Bouvy ML, Bos M, Dijk van L (2010) Vasculair Risicomanagement vanuit patiëntperspectief: volgens de zorgstandaard? Nulmeting patiënten. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel).
33. Lemmens KM, Rutten-Van Molken MP, Cramm JM, Huijsman R, Bal RA, Nieboer AP. Evaluation of a large scale implementation of disease management programmes in various Dutch regions: a study protocol. BMC Health Serv Res. 2011;11:6.
34. Vogeler C (2012) Inbreng Tweede Kamer AO Chronische Zorg dd. 14 maart 2012. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

## Bijlage 5 Gerelateerde onderzoeken

### B5.1 Beschouwende en opiniërende artikelen

- Baks P, Damme van R. Keten-DBC's moeten snel op poten. Medisch Contact. 2010;65(2):77-9.
- Bakker de DH, Struijs JN, Baan CB, Raams J, Wildt de JE, Vrijhoef HJ, et al. Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination. Health Aff (Millwood). 2012 Feb;31(2):426-33.
- Berg van den JW. Specialist aan roer van ketenzorg. Medisch Contact. 2011;66(40):2409-11.
- Bruin de M, Struijs J. Keten-dbc's en zorggroepen onder de loep: waar liggen de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden? Jurisprudentie Geneesmiddelenrecht plus. 2008;2:46-54.
- Croonen H. Contractering ketenzorg verloopt stroef. Medisch Contact. 2010;65(17):752-4.
- Dijk van C, Schellevis F, Rijken M, Bakker de D, Verheij R, Groenewegen P. Kanttekeningen bij functionele bekostiging: Anders is niet per se beter. Medisch Contact. 2009;64(22):973-6.
- Es van E (2010) Impactanalyse informatisering diabeteszorg: Welke consequenties heeft digitale gegevensuitwisseling voor diabetes zorggroepen en wat is de rol van nationale standaarden als die van e-Diabetes daarin? Den Haag: Nationaal ICT Instituut in de Zorg.
- Gootzen T, Bonte A. Het rendement van ketenzorg. Medisch Contact. 2010;65(4):180-2.
- Groenenboom G. Lagere kosten bij ketenzorg door koptarief. Integrale bekostiging rampzalig. Het Financieele Dagblad 31 januari 2011.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009) Deelrapport I: Risicoanalyse Ketenzorg Chronisch Zieken. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Kemenade van Y. Financieele Dagblad 17 juni 2011.
- Leusink GL, Talboom-Kamp EPWA (2008) Zorggroepen in Toekomstperspectief. Baarn: Bakkerbaarn.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2009) Visiedocument functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen. Diabetes, COPD, cardiovasculair risicomanagement en hartfalen. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Pharmaceutisch Weekblad. <http://www.pw.nl/dossiers/zorggroepen>.
- Schipholt IL. Voortrekkers cardiovasculair risicomanagement stuiten op onwil. 'Niet de gewenste zorg voor iedereen'. Medisch Contact. 2010;65(21):970-1.
- Schoots MJ, Hof van den H, Dunselman H (2010) Aankomende huisarts spreekt zich uit over functionele bekostiging: Maakt onbekend ook onbemind?: Werkgroep Politiek & Maatschappij, Landelijke Organisatie Voor Aspirant Huisartsen.
- Smit M. Noodklok zorggroepen: ketenzorg strandt. Medisch Contact. 2011;66(33):1941.
- Struijs JN, Bruin de SR, Baan CA. Vijf vragen over zorgstandaarden: Model van Coördinatieplatform is nog niet eenduidig. Medisch Contact. 2010;65(38):1902-6.
- Struijs JN, Baan CA. Integrating care through bundled payments - Lessons from the Netherlands. New England Journal of Medicine. 2011;364(11):990-1.
- Tsiachristasa A, Hipple-Walters B, Lemmens K, Nieboer A, Rutten-van Mólken M. Towards integrated care for chronic conditions: Dutch policy developments to overcome the (financial) barriers. Health Policy. 2010;doi:10.1016/j.healthpol.2010.10.013.
- Varkevisser M, Geest van der S, Appelman M, Struijs J. Regionale machtspositie zorggroepen baart zorgen. Economisch Statistische Berichten. 2009;94 (4572):701.
- Vat L (2010) Disease management and 'keten-dbc': a chronic problem or solution? A literature study about the implementation of disease management within the Dutch finance system (afstudeerscriptie). Amsterdam: Athena Instituut, Vrije Universiteit.
- Vogelaar E, Kliphuis L. Verbeteren van de kwaliteit van zorg en beheersen van kosten is mogelijk. Sterk ontwikkelde huisartsgeneeskunde verschaft Nederland goede uitgangspositie. Het Financieele Dagblad 12 juni 2010.
- Vrijhoef B. Chronische zorg in Nederland anno 2010: leidt verandering tot verbetering? Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2010;88(2):59-62.
- VvAA (2009) Zorgprofessionals onvoldoende bekend met gevolgen integrale bekostiging (persbericht). Amsterdam: Vereniging voor Verzekering van Artsen Automobilisten (VvAA).

## B5.2 Disease management artikelen

- Boom JHC, Heijink R, Struijs JN, Baan CA, Polder JJ (2009) Uitgavenmanagement in de zorg. Het effect van disease management en preventie op de zorguitgaven. RIVM Rapport 27022400. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Bruin de SR, Baan CA, Struijs JN. Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. BMC Health Services Research. 2011;11(272):doi:10.1186/472-6963-11-272.
- Bruin de SR, Heijink R, Lemmens LC, Struijs JN, Baan CA. Impact of disease management programs on healthcare expenditures for patients with diabetes, depression, heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review of the literature. Health Policy. 2011 Jul;101(2):105-21.
- Cramm JM, Nieboer AP. Relational coordination promotes quality of chronic care delivery in Dutch disease-management programs. Health Care Manage Rev. 2011 Dec 1.
- Cramm JM, Nieboer AP. Disease-management partnership functioning, synergy and effectiveness in delivering chronic-illness care. Int J Qual Health Care. 2012 Feb 2.
- Drewes HW, Boom JHC, Graafmans WC, Struijs JN, Baan CA (2008) Effectiviteit van disease management. Een overzicht van de (internationale) literatuur. RIVM Rapport 260131001. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Drewes HW, Steuten LM, Lemmens LC, Baan CA, Boshuizen HC, Elissen AM, et al. The Effectiveness of Chronic Care Management for Heart Failure: Meta-Regression Analyses to Explain the Heterogeneity in Outcomes. Health Serv Res. 2012 Mar 14.
- Elissen AM, Steuten LM, Lemmens LC, Drewes HW, Lemmens KM, Meeuwissen JA, et al. Meta-analysis of the effectiveness of chronic care management for diabetes: investigating heterogeneity in outcomes. J Eval Clin Pract. 2012 Feb 29.
- Heijmans M, Spreeuwenberg P, Rijken M (2010) Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken: Rapportage 2010. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel).
- Lemmens KM, Lemmens LC, Boom JH, Drewes HW, Meeuwissen JA, Steuten LM, et al. Chronic care management for patients with COPD: a critical review of available evidence. J Eval Clin Pract. 2011 Dec 2.
- Oostrom van S, Picavet S, van Gelder B, Lemmens L, Hoeymans N, Verheij R, et al. Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking – gegevens van huisartsenpraktijken. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2011;155(A3193).

## B5.3 Overige gerelateerde artikelen

- Algemene Rekenkamer (2010) Afstemming van de zorg rond chronische aandoeningen: Terugblik 2010. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Booz & Company (2011) Diabetes Care in The Netherlands. Improving Health and Wealth. Amsterdam: Booz & Company.
- Bouman S, Popma R (2010) Keten of kartel?: Onderzoek naar het kartelverbod in ketenzorg. Leeuwarden: Frieslab.
- Dijk van C, Verheij R, Hansen J, Velden van der L, Nijpels G, Groenewegen P, et al. Primary care nurses: effects on secondary care referrals for diabetes. BMC Health Services Research. 2010;10(230):doi:10.1186/472-6963-10-230.
- Dijk van C, Verheij R. Integrale bekostiging dekt fractie zorg. Huisarts & Wetenschap. 2010;53(6):299.
- Dijk van C, Verheij R, Swinkels I, Rijken M, Schellevis F, Groenewegen P, et al. What part of the total care consumed by type 2 diabetes patients is directly related to diabetes? Implications for disease management programs. International Journal of Integrated Care. 2011;11(URN:NBN:NL:UI:10-1-101682\_iiic2011-140).
- Evers J (2010) Financiering ketenzorg COPD: Knelpunten en belemmeringen (afstudeerscriptie). Enschede: Universiteit Twente.
- Gorter K, Tuytel G, Leeuw R, Rutten G. Huisarts of ketenzorg: wat wilde de diabetespatiënt? Huisarts & Wetenschap. 2011;54(5):238-43.
- Hansen J, Greuning van M, Batenburg RS (2010) Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn: Achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingsstudie. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel).
- Urum J, Rijken M, Heijmans M, Cardol M, Schellevis F (2011) overzichtstudies Zorg voor chronisch zieken: Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel).
- Ven van de W, Schut F, Hermans H, Jong de D, Maat van der M, Coppen R, et al. (2009) Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag. Den Haag: ZonMw.





LC Lemmens | JT de Jong-van Til | CA Baan | JN Struijs



RIVM Rapport 260131004/2012

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

juni 2012