

Integratie chronische zorg vraagt veel veranderingen in weinig tijd

# Keten-DBC's moeten snel op poten

Paul Baks,  
Rob van Damme,  
respectievelijk partner en  
senior adviseur bij advies- en  
managementbureau BMC

Beide auteurs hebben advies-,  
toezichts- en/of bestuurlijke  
nevenfuncties in de zorg.

Correspondentieadres:  
robvandamme@bmc.nl  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Integrale bekostiging moet meer samenhang gaan brengen in de zorg voor chronische patiënten. Maar het nieuwe systeem komt nog lang niet overal van de grond. Hoog tijd om in actie te komen.

**B**egin 2010 is een begin gemaakt met functionele bekostiging (intussen meestal 'integrale bekostiging' genoemd) van chronische zorg in de eerste lijn. Daarbij moeten keten-DBC's (keten-diagnose-behandelcombinaties) de zorg voor chronische patiënten tot een geïntegreerd geheel maken. En passant hoopt minister Klink hiermee zo'n 385 miljoen euro te besparen. Er wordt gestart met diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Medio 2010 volgt waarschijnlijk de keten-DBC voor chronische longaandoeningen (COPD). Vanaf 2011 is de toepassing van deze DBC's in feite verplicht. De zorgaanbieders en verzekeraars hebben dus een jaar de tijd gekregen om hun zaken op

orde te brengen en te oefenen met de nieuwe werkwijze.

## Knelpunten

De grondslag voor een keten-DBC is een zorgstandaard, die zowel door de relevante patiëntenvereniging als door de beroepsverenigingen van eerste- en tweedelijns zorgaanbieders is goedgekeurd. Hierin staan zowel zorginhoudelijke als organisatorische eisen. Professionele richtlijnen (zoals de NHG-Standaarden en multidisciplinaire evidence-based richtlijnen) en wetgeving (bijvoorbeeld de WGBO, de WBP en de Kwaliteitswet Zorginstellingen) vormen belangrijke bouwstenen voor de zorgstandaard. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) concludeert echter dat 'de zorgstandaarden (nog) niet consistent zijn in de manier waarop deze het proces van zorg en de inhoud van de zorg beschrijven; de zorgstandaarden op zich veel van de activiteiten in functionele termen benoemen, maar de uitwerking in termen van welke benodigde deskundigheden en middelen ontbreekt; de in de zorgstandaarden gehanteerde ketenspecifieke elementen veelal (nog) niet nader uitgewerkt zijn.'<sup>1</sup> Kortom: zo eenduidig is het allemaal nog niet. Dat maakt het voor de partijen in het veld lastig om één en ander goed te organiseren.

Ook is er dit jaar nog geen sprake van echt integrale bekostiging van chronische zorg. De kosten van geneesmiddelen, diagnostiek en hulpmiddelen worden nog niet in de DBC's meegenomen. Als het aan de minister ligt gebeurt dit pas vanaf 2011.

Zorgaanbieders en verzekeraars hebben tot het einde van dit jaar de tijd om te oefenen met keten-DBC's.

beeld: iStockphoto







Om integrale bekostiging te realiseren, moet er lokaal en regionaal nog veel worden uitgedacht en geregeld.

Daarnaast zijn er communicatieve knelpunten. Om dubbele bekostiging te voorkomen moet een keten-DBC worden gesloten wanneer een poliklinische DBC in het ziekenhuis wordt geopend. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars dienen gezamenlijk het dubbel declareren te voorkomen. Waar de (ict-)oplossing vandaan moet komen is nog niet duidelijk.

#### Ander databeheer

Maar ook moeten bestaande gewoonten en gedragingen van tafel. DBC-bekostiging houdt immers in dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen moeten gaan onderhandelen over de prijs en te bieden kwaliteit van de DBC. Dit betekent dat zorgverzekeraars hun neiging om eenzijdig en uniform te contracteren los moeten laten. Prijzen kunnen lokaal en regionaal

gaan verschillen, net als aanvullende afspraken bovenop de 'basis ketenzorg' en bijbehorende prestatie-indicatoren. Maar de prestatiebekostiging vraagt ook van de zorgaanbieders een omslag in het

denken. Betaling wordt meer dan nu het geval is afhankelijk van geleverde prestaties. Er moet verantwoording worden afgelegd aan de zorgverzekeraars. Niet alleen over de individuele inzet, maar over het geheel van de keten. Over de geleverde inspanningen, maar ook over de uitkomsten van het zorgproces. Dat vraagt om

een andere manier van databeheer. De informatiesystemen van de ketenzorgpartners moeten aan elkaar worden gekoppeld of ze moeten met hetzelfde keteninformatiesysteem (KIS) gaan werken, dat als een soort schil over de losse systemen heen hangt. Een groot voordeel van het KIS is dat ook de patiënt zelf gegevens kan bijhouden en daardoor meer eigen verantwoordelijkheid kan dragen.

#### Hoofdaannemer

De minister geeft de veldpartijen een jaar de tijd om de chronische-ketenzorg goed te regelen. Dat is niet veel, als je in aanmerking neemt hoeveel er op lokaal en regionaal niveau nog moet worden uitgedacht en geregeld. Er is haast geboden en iemand zal daartoe het initiatief moeten nemen. De vraag is: wie?

Iedereen kan zich opwerpen als hoofdaannemer van de keten-DBC's door de onderdelen van de DBC in te kopen bij de individuele aanbieders in de keten, en vervolgens het totaal van de keten aan te bieden aan de zorgverzekeraars. Deze laatste zullen selectief zijn met wie ze zaken willen doen. Er zal bijvoorbeeld naar schaalgrootte, continuïteit, reputatie, klantgerichtheid en samenhang binnen het totale zorginkoopbeleid worden gekeken.

Een ketenzorgovereenkomst kan in theorie binnen een één-op-éénrelatie tussen huisarts en verzekeraar tot stand komen. Dit is echter niet erg aannemelijk. Het aanbieden van een ketenzorgproduct is toch echt iets anders dan het leveren van bijvoorbeeld diabeteszorg volgens de NHG-Standaard. Niet alleen moeten er meerdere zorgaanbieders buiten de reguliere huisartsenpraktijk in onderaanneming worden genomen, maar ook schrijven de zorgstandaarden veel meer organisatorische en administratieve eisen voor. Het is de vraag of een individuele huisarts voldoende is toegerust om deze zaken goed te kunnen regelen, nog los van bijbehorende administratieve lastenverzwaring, die niet over vele schouders kan worden verdeeld. Daarom ligt het meer voor de hand dat collectiviteiten of zorgbedrijven deze keten-DBC's lokaal of regionaal gaan organiseren. Dit kunnen zorggroepen zijn, maar bijvoorbeeld ook zorgcoöperaties en gezondheidscentra. Sommige zorgverzekeraars hebben al laten weten dat zij wel een nauwe relatie met wijkgerichte zorginkoop nastreven. In die gevallen zal een grote regionale zorggroep niet de meest aangewezen gesprekspartner voor de zorgverzekeraar zijn.

Ook ziekenhuizen zouden aanbieders kunnen worden van de eerstelijns keten-DBC's. Dat lijkt

### *Verzekeraars moeten hun neiging om uniform te contracteren loslaten*



## SAMENVATTING

- Met ingang van 2010 gaat de integrale bekostiging van chronische zorg in de eerste lijn van start.
- De nieuwe werkwijze vergt initiatieven vanuit de eerste lijn om onderdelen van de ketenzorg 'in te kopen' en vervolgens het geheel te 'verkopen' aan verzekeraars.
- In dat licht is het zeer nuttig om het jaar 2010, waarin keten-DBC's nog niet verplicht zijn voorgeschreven, te gebruiken voor een goede voorbereiding en te oefenen met de nieuwe systematiek.



Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

### Referentie

1. CVZ-rapport: Zorgstandaarden, ketenzorg in de eerste lijn en de te verzekeren prestaties zorgverzekeringswet. Diemen, september 2009.

in grote stedelijke gebieden moeilijk te organiseren, maar in de periferie waar één ziekenhuis de basiszorg voor de hele omgeving aanbiedt en een goede relatie onderhoudt met de lokale huisartsen, zou een dergelijke aanpak denkbaar zijn. Als er hierbij sprake is van dalende zorgkosten dan is dat ook voor zorgverzekeraars niet onaantrekkelijk. Een stap verder is de verticale integratie, waarbij eerste en tweede lijn in één en dezelfde organisatie opgaan. Het huidige overheidsbeleid stimuleert grensoverschrijding tussen de klassieke echelons in de zorg. Dus waarom zou dit niet ook gebeuren ten aanzien van de chronische zorg?

### Lief en leed


De vraag rijst of we ons zorgen moeten maken over een scenario waarin een patiënt voor niet-chronische aandoeningen naar zijn eigen huisarts gaat, maar voor bijvoorbeeld diabetes of CVRM naar een andere huisarts (of zorgketen) toe moet. Dat zou kunnen als zorgverzekeraars delen van de eerstelijnszorg gaan contracteren bij andere aanbieders dan de traditionele eerstelijns zorgpraktijken. Zolang deze partijen de 'eigen huisarts' als onderaannemer inhuren hoeft er voor de patiënt geen versnippering van zorg op te treden.

Het is de hoogste tijd dat de eerste lijn zich professioneel en toekomstbestendig organiseert en dat de dialoog op gang komt over hoe de chronische ketenzorg lokaal vorm moet krijgen. Daarbij is het om het even wie daartoe het initiatief neemt. Dat kan zelfs een willekeurige partij zijn die geen direct belang heeft, maar zich uitsluitend richt op de organisatie van de keten. Als er maar sprake is van een professionele samenwerking, die de belangen van de patiënt centraal stelt. Een tweede uitgangspunt voor een goede ketensamenwerking is het

principe dat er een verdeling van taken ontstaat volgens de formule dat iedereen datgene doet waar hij of zij goed in is en over de benodigde infrastructuur en apparatuur kan beschikken. Een bindende factor bij ketensamenwerking is ook dat men lief en leed deelt.

### Eenvoudige vormen

Welke samenwerkingsvorm ook wordt gekozen, het is zeer aan te bevelen dat men de samenwerking aangaat op basis van wederzijds respect en vertrouwen. Daarbij is de structuur volgend en niet leidend. Degenen die zich op willen werpen als hoofdaannemer van eerstelijnsketenzorg voor chronisch zieken doen er goed aan zich te realiseren dat de nu gebruikelijke juridische en economische (monodisciplinaire) vormen van samenwerking tussen zorgprofessionals (bijvoorbeeld huisartsen) best ter discussie mogen worden gesteld. Al is het alleen maar vanwege de complexe structuren en organogrammen die men de afgelopen tijd heeft ontworpen. Blijkbaar hebben hierbij (ook) andere belangen een rol gespeeld dan efficiënte zorgverlening en een optimale organisatievorm. In enkele regio's is een woud aan stichtingen en bv's gevormd, waarbij de vraag kan worden gesteld of dat nu echt noodzakelijk was om collectiviteiten te organiseren. Bij de samenwerking ten aanzien van keten-DBC's zal het de uitdaging zijn om voor eenvoudige organisatievormen te kiezen. Want als de zorgaanbieders het straks niet meer begrijpen, wat moet de patiënt er dan wel niet van (onder)vinden?

Integrale bekostiging van chronische zorg in de eerste lijn komt er nu snel aan. Het is daarom nu de hoogste tijd voor lokale en regionale initiatieven. 

# praktijkperikel

## Besparing

Vandaag ontving ik een brief van UWV over een door mij ingediende nota van 45 euro voor medische informatie. Daarin stond het volgende:

'Wij ontvingen uw declaratie inzake het verstrekken van inlichtingen op ons verzoek. Tussen de Federatie van Bedrijfsverenigingen en de KNMG is voor het verstrekken van inlichtingen thans een bedrag van 44,86 euro afgespro-

ken. Zolang deze afspraken op landelijk niveau niet zijn bijgesteld, wensen wij ons daar aan te houden. Wij vragen daarom uw begrip voor het feit dat wij in dit geval een bedrag van 44,86 euro hebben vergoed en het meerdere bij de betaling achterwege hebben gelaten.'

Ik vraag me af of de kosten voor de brief, met postzegel, opwegen tegen die 14 cent die UWV hiermee bespaart...