



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

De organisatie van

De organisatie van zorggroepen anno 2011

zorggroepen

Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren

anno 2011

De organisatie van zorggroepen anno 2011

*Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen
in de afgelopen jaren*

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

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

© 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'.

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS),
in het kader van Kennisvraag V/260131

RIVM Rapport 260131003/2012

Rapport in het kort

De invoering van integrale bekostiging heeft mede geleid tot het ontstaan van zorggroepen. Deze zorggroepen zijn verantwoordelijk voor de organisatie, coördinatie en levering van de door hen gecontracteerde zorgprogramma's. Om de ontwikkeling van deze relatief nieuwe organisaties en de uitrol van de zorgprogramma's te volgen is in 2008 (0-meting) en in 2010 (1-meting) een vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder zorggroepen. Het huidige onderzoek is een vervolg hierop en geeft inzicht in de ontwikkelingen in de organisatie van zorggroepen en de uitrol van de zorgprogramma's voor diabetes, COPD en vasculair risicomanagement (VRM) in de periode 2008 tot en met 2011.

Sinds de 1-meting zijn weinig nieuwe zorggroepen opgericht. Zorggroepen hebben zich verder ontwikkeld op organisatorisch vlak. Echter er bestaan nog wel grote verschillen tussen zorggroepen. Alle responderende zorggroepen (n=65) hebben een zorgprogramma voor diabetes gecontracteerd. Daarnaast heeft de helft van de zorggroepen in 2011 een zorgprogramma voor COPD gecontracteerd en een kwart voor VRM. Ook hebben zorggroepen meer ondersteunend personeel in dienst en wordt door meer zorggroepen ingezet op het inzichtelijk maken en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Net als in de voorgaande metingen zijn vooral huisartsen eigenaar van zorggroepen.

Daarnaast zijn een aantal knelpunten nog steeds actueel. Zo bestaan er nog knelpunten op het gebied van de onderhandelingen rondom het contracteren van zorgprogramma's. Ook vormt ICT nog steeds een knelpunt waardoor het lastig is voor zorggroepen om gegevens onderling uit te wisselen en spiegelinformatie te genereren.

Een aandachtspunt blijft de rol van de patiënt in de zorggroep zowel op spreekkamer als organisatorisch niveau. Patiënten worden wel meer betrokken bij zorggroepen, maar hun rol blijft toch vaak beperkt. Een ander punt van aandacht is hoe zorggroepen het geïntegreerd leveren van zorg waarborgen als er meer ziektespecifieke zorgprogramma's gecontracteerd worden. Een derde van de zorggroepen beschouwt dit niet als hun verantwoordelijkheid.

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

Abstract

The introduction of bundled payment has contributed to the establishment of care groups. These care groups are responsible for the organisation, co-ordination and delivery of care within the care programmes they have contracted. To follow the developments of these relatively new organisations and the deployment of the care programmes a survey was conducted in 2008 (baseline study) and in 2010 (follow-up study 1). The current study is another follow-up (follow-up study 2) and gives insight into the developments in the organisation of care groups and the deployment of care programmes for diabetes, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and vascular risk management (VRM) in the period 2008 up to and including 2011.

Since the first follow-up study, little new care groups have been set up. Existing care groups have developed further on an organisational level. However, there are still substantial differences between care groups. All responding care groups (n=65) have contracted a care programme for diabetes, while only half of the care groups have contracted a care programme for COPD and a quarter for VRM in 2011. In addition, care groups have employed more supporting personnel and more care groups have made an effort to be more transparent about the quality of care and to improve it. Like in the previous studies, mainly general practitioners own care groups.

However, some bottlenecks still exist; contract negotiations with health insurers can be quite trouble some and as information technology (IT) is still a problem, it is difficult for care groups to exchange data and to generate reflective information.

The role of the patient within in the care group still needs attention both on the individual care process level and on the organisational level. Although patients have become more involved in care groups, their role is often limited. Another concern is how care groups are to guarantee the delivery of integrated care when more disease specific care programmes are going to be contracted. A third of the care groups do not consider this their responsibility.

Inhoud

Rapport in het kort	3
Abstract	4
Kernboodschappen	7
1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Doel van het onderzoek	11
1.3 Leeswijzer	11
2 Methoden	13
2.1 Onderzoekspopulatie	13
2.2 Gegevensverzameling	13
2.3 Respons	14
2.4 Analyse	14
3 Resultaten	15
3.1 Hoe zijn zorggroepen in 2011 georganiseerd?	15
3.2 Hoe verloopt de uitrol van de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM?	18
3.3 Hoe verlopen de onderhandelingen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders?	23
3.4 Hoe coördineren zorggroepen hun zorg en hoe zien zij toe op de kwaliteit van zorg?	28
4 Beschouwing	41
4.1 Belangrijkste resultaten	41
4.2 Reflectie op onderzoeksmethoden	44
4.3 Resultaten in perspectief	45
Literatuur	49
Bijlage	51

Kernboodschappen

Zorggroepen zijn nieuwe spelers in het zorgsysteem als gevolg van invoering integrale bekostiging

De invoering van integrale bekostiging vanaf 2007 heeft mede geleid tot het ontstaan van zorggroepen. Deze zorggroepen zijn verantwoordelijk voor de organisatie, coördinatie en levering van de door hen gecontracteerde zorgprogramma's. Inzicht in de ontwikkelingen van deze relatief nieuwe organisaties en de uitrol van de door hen gecontracteerde zorgprogramma's is wenselijk. In 2008 (0-meting) en in 2010 (1-meting) zijn eerder onderzoeken uitgevoerd naar de organisatie van zorggroepen en de uitrol van zorgprogramma's. Het huidige onderzoek geeft inzicht in de ontwikkelingen in de organisatie van zorggroepen en de uitrol van de zorgprogramma's in de periode 2008 tot en met 2011.

Zorggroepen ontwikkelen zich door op organisatorisch vlak

Sinds de 1-meting zijn er weinig nieuwe zorggroepen opgericht. Waarschijnlijk komt dit omdat in 2010 de meeste huisartsen zich al hadden aangesloten bij een zorggroep voor diabeteszorg. De bestaande zorggroepen ontwikkelen zich door op organisatorisch vlak. Zo bieden zij vaker meerdere zorgprogramma's aan en hebben ze meer ondersteunend personeel in dienst ten opzichte van de 1-meting. Ook wordt door meer zorggroepen ingezet op het inzichtelijk maken en verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg, door middel van spiegelinformatie, visitatie en het aanstellen van een kwaliteitsfunctionaris. Niet alle zorggroepen zijn al even ver doorontwikkeld op organisatorisch vlak, er zijn nog grote verschillen tussen zorggroepen.

Aantal terreinen vragen nog om aandacht

Op een aantal terreinen hebben zich geen veranderingen voorgedaan ten opzichte van voorgaande metingen. Zorggroepen zijn nog steeds voor het overgrote deel monodisciplinaire samenwerkingsverbanden van huisartsen en de meerderheid van de zorggroepen heeft geen toezichhoudend orgaan. Daarnaast ervaren zorggroepen op een aantal terreinen nog dezelfde knelpunten. Een voorbeeld hiervan is het contacteren door (verre) verzekeraars. Vooral het niet volgen van contracten van de preferente verzekeraar en het bieden van weinig onderhandelingsruimte zijn nog aan de orde. Verder zijn er nog steeds knelpunten op het gebied van ICT, ook al werken er meer zorggroepen met een Keten Informatie Systeem (KIS).

Uitrol integrale bekostiging zorgprogramma COPD verloopt voorspoedig, maar uitrol VRM blijft achter

Alle zorggroepen hebben een keten-dbc contract voor het zorgprogramma diabetes en de helft van de zorggroepen heeft een contract voor COPD kunnen afsluiten in oktober 2011. Het contracteren van een zorgprogramma vasculair risicomanagement (VRM) blijft echter achter; een kwart van de zorggroepen heeft een contract kunnen afsluiten ten tijde van de 2-meting. Het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars lijkt een grote rol te spelen bij het wel of niet kunnen contracteren van het zorgprogramma VRM. Het afsluiten van een keten-dbc contract door een zorggroep wil niet zeggen dat gelijk alle huisartsen ook participeren in het betreffende zorgprogramma. Gemiddeld nemen meer huisartsen per zorggroep

deel aan het zorgprogramma diabetes dan aan de andere zorgprogramma's. Het lijkt erop dat zorggroepen kiezen voor een gefaseerde uitrol van nieuwe zorgprogramma's binnen hun zorggroep.

Patiënten wel vaker betrokken, maar hun rol blijft beperkt

Meer zorggroepen proberen patiënten te betrekken bij zowel de organisatie van zorg als het individuele zorgproces. Zo richten zorggroepen hun website vaker (ook) op patiënten en zijn patiëntvertegenwoordigers vaker betrokken bij de zorggroep. Bovendien wordt er door zorggroepen meer ingezet op zelfmanagement van patiënten door het opleiden van de zorgverleners hiervoor en het werken met een individueel zorgplan. Een kanttekening is echter dat patiënten of hun vertegenwoordigers wel vaker betrokken worden bij de zorggroep, maar dat deze betrokkenheid vaak nog bestaat uit de rol van toehoorder. Patiënten worden vooral geïnformeerd en niet zozeer om hun mening, advies of toestemming gevraagd.

Knelpunten verwacht bij meerdere zorgprogramma's voor zorg voor mensen met multimorbiditeit

Zowel de zorggroepen met één zorgprogramma als zorggroepen met meerdere zorgprogramma's verwachten in de nabije toekomst problemen als er meer ziektespecifieke zorgprogramma's worden gecontracteerd. Men verwacht dan vooral problemen op het gebied van contracteren en ICT. De vraag is welke invloed deze problemen gaan hebben op het geïntegreerd leveren van zorg aan mensen met multimorbiditeit die in meerdere zorgprogramma's gaan vallen. Opvallend is dat bijna een derde van de zorggroepen aangeeft dat het leveren van geïntegreerde zorg volgens hen niet de verantwoordelijkheid is van de zorggroep, maar van de hoofdbehandelaar.

1

Inleiding

1.1 Achtergrond

Stimuleren van geïntegreerde chronische zorg belangrijk

Het aantal mensen met een chronische aandoening neemt toe en daarmee ook de zorg(last) en zorgkosten van de gezondheidszorg. In de afgelopen jaren is duidelijk geworden dat de zorg doelmatiger georganiseerd kan worden door de zorg meer geïntegreerd aan te bieden. Om het geïntegreerd leveren van zorg te bevorderen heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het mogelijk gemaakt om vanaf 2007 te experimenteren met een nieuwe bekostigingssystematiek van de diabeteszorg (1). De nieuwe bekostigingssystematiek, aangeduid als integrale bekostiging, omvat een keten-diagnosebehandelcombinatie (keten-dbc) die het mogelijk maakt om alle afzonderlijke onderdelen van de chronische zorg als één prestatie of product in te kopen. Doel van integrale bekostiging is om omstandigheden te realiseren waarin de verzekeraar kwalitatief goede zorg tegen een aanvaardbare prijs kan inkopen bij een multidisciplinair georganiseerde groep zorgaanbieders die zijn zorgaanbod inricht in overeenstemming met de betreffende zorgstandaard.

Integrale bekostiging per 2010 structureel ingevoerd

Op 1 januari 2010 is integrale bekostiging structureel ingevoerd voor de chronische zorg voor mensen met diabetes en voor vasculair risicomanagement (VRM) en op 1 juli 2010 ook voor de chronische zorg voor mensen met COPD. Gedurende een periode van drie jaar, tot 2013, is het nog steeds mogelijk om via de oude bekostigingssystematiek de zorg voor deze aandoeningen gefinancierd te krijgen. Daarnaast wordt door het ministerie van VWS nagedacht over de mogelijkheden van invoering van integrale bekostiging van de chronische zorg voor mensen met artrose, astma, CVA, depressie, hartfalen en obesitas (2). In een later stadium zijn verloskundige en geboortezorg aan dit lijstje toegevoegd (3).

Zorggroep: nieuwe speler in het gezondheidszorgsysteem

De invoering van integrale bekostiging heeft geresulteerd in een nieuwe speler in het gezondheidszorgsysteem: de zorggroep. Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd en die verantwoordelijk is voor de coördinatie en levering van gecontracteerde zorg in een bepaalde regio. De term 'zorggroep' refereert aan de organisatie als hoofdcontractant van het keten-dbc contract en niet aan het team van zorgverleners dat de feitelijke zorg verleent. De zorggroep fungeert als 'hoofdaannemer' en contracteert de meeste onderdelen van een zorgprogramma bij individuele zorgaanbieders of -instellingen ('onderaannemers') en/of levert (een gedeelte van) de zorg zelf.

Eerdere metingen laten knelpunten zien in de organisatie van zorggroepen en de uitrol van zorgprogramma's

In 2008 en 2010 zijn onderzoeken uitgevoerd naar zorggroepen (4, 5). Deze zogenaamde 'o-meting zorggroepen' en '1-meting zorggroepen' beschreven de stand van zaken van de organisatie van zorggroepen en de uitrol van zorgprogramma's. Uit het onderzoek '1-meting zorggroepen' bleek dat in maart 2010 97 zorggroepen waren met minimaal één zorgprogramma. Alle zorggroepen hadden een keten-dbc diabetes, de contractering van de keten-dbc's VRM en COPD verliep aanzienlijk langzamer. Ook werd een aantal knelpunten gesignaleerd. Zo ondervonden zorggroepen problemen in het onderhandelingsproces met de zorgverzekeraars. Daarnaast bleek de ICT van zorggroepen ontoereikend, waardoor het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de geleverde zorg en het geïntegreerd leveren van zorg werd bemoeilijkt. Zorggroepen betrokken hun patiënten nog weinig bij het individuele zorgproces. Opvallend was ook dat bij zorggroepen die meerdere zorgprogramma's hadden, dit soms leidde tot meerdere rechtsvormen waarbij het niet duidelijk was hoe dat zich vertaalde naar de zorg voor mensen met multimorbiditeit die in meerdere programma's vielen. Daarnaast waren zorggroepen nog zoekende hoe de betrokkenheid van patiënten op organisatorisch niveau het beste vorm kan worden gegeven.

Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging ingesteld om ontwikkelingen rondom randvoorwaarden te monitoren

In maart 2010 heeft de minister van VWS de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (EIB) ingesteld. 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 was voldaan en of deze randvoorwaarden voldoende waren uitgekristalliseerd. Voorbeelden van randvoorwaarden zijn waarborging van kwaliteit van zorg, samenhang van zorg, betrokkenheid van patiënten, zorg voor mensen met multimorbiditeit en transparantie van de geleverde kwaliteit van zorg. Gedurende de periode 2010-2012 monitort de EIB daarom de ontwikkelingen rondom integrale bekostiging en rapporteert periodiek aan de minister in hoeverre aan de randvoorwaarden van integrale bekostiging wordt voldaan en of de beoogde effecten worden gerealiseerd. Medio 2012 zal de EIB de minister adviseren of de periode van drie jaar, waarin integrale bekostiging en de oude bekostigingssystematiek naast elkaar bestaan, kan worden beëindigd.

Meer inzicht in ontwikkelingen van de organisatie van zorggroepen en uitrol van zorgprogramma's gewenst

Om de ontwikkelingen in zorggroepen te kunnen blijven monitoren en te bezien of de gesignaleerde knelpunten uit de 1-meting blijven bestaan, heeft het ministerie van VWS het RIVM verzocht het onderzoek te herhalen. Daarmee draagt het huidige onderzoek bij aan de monitoring van de EIB. Dit

huidige onderzoek, de '2-meting', geeft inzicht in de ontwikkelingen in de organisatie van zorggroepen en de uitrol van de zorgprogramma's in de periode 2008 tot en met 2011.

1.2 Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is het monitoren van de ontwikkelingen in de organisatie van zorggroepen en het in kaart brengen van de uitrol van de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de zorg voor mensen met meerdere chronische aandoeningen en de rol van de patiënt binnen de zorggroep.

De vier onderzoeksvragen zijn als volgt geformuleerd:

1. Hoe zijn zorggroepen anno 2011 georganiseerd?
2. Hoe verloopt de uitrol van de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM?
3. Hoe verlopen de onderhandelingen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders?
4. Hoe coördineren zorggroepen hun zorg en hoe zien zij toe op de kwaliteit van zorg?

1.3 Leeswijzer

Dit rapport beschrijft het onderzoek naar de ontwikkelingen in de organisatie van zorggroepen en de uitrol van zorgprogramma's in de afgelopen jaren. De belangrijkste conclusies en aanbevelingen zijn samengevat in kernboodschappen aan het begin van dit rapport en deze fungeren tevens als managementsamenvatting. *Hoofdstuk 2* beschrijft de gehanteerde onderzoeksmethode. In *Hoofdstuk 3* worden de resultaten in vier verschillende paragrafen besproken aan de hand van de vier onderzoeksvragen. Tenslotte plaatst *Hoofdstuk 4* deze resultaten in perspectief. In de *Bijlage* staat een deel van de tabellen die in hoofdtekst worden besproken.

2

Methoden

2.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit zorggroepen die een keten-dbc contract hadden afgesloten met hun preferente zorgverzekeraar voor tenminste één zorgprogramma voor (een deel van) 2011. Met andere woorden: deelnemende zorggroepen moeten 'hoofdcontractant' zijn van een keten-dbc contract. Zorggroepen die nog in oprichting waren zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Ook zijn organisaties buiten beschouwing gelaten die wel zorgprogramma's aan chronisch zieken leveren, maar waarbij deze zorgprogramma's niet worden bekostigd door middel van een keten-dbc contract.

2.2 Gegevensverzameling

Schriftelijke vragenlijst verstuurd naar alle zorggroepen in oktober 2011

De gegevensverzameling voor dit onderzoek bestond uit een schriftelijke vragenlijst die verstuurd is naar alle zorggroepen. Om een zo hoog mogelijk respons op de vragenlijst te realiseren, was naast een begeleidende brief van het RIVM, ook een aanbevelingsbrief van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) en de Adviesgroep Ketenzorg bijgevoegd.

Inhoud vragenlijst afgestemd met diverse organisaties

Zorggroepen ontvangen van steeds meer verschillende organisaties vragenlijsten. Uit het onderzoek '1-meting zorggroepen' bleek dat er gewaakt moet worden voor 'onderzoeksmoeheid' onder zorggroepen. In het huidige onderzoek is hier rekening mee gehouden door de inhoud van de vragenlijst af te stemmen met diverse organisaties, waaronder het Nivel, Vilans, LVG en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Zorggroepen werden schriftelijk om toestemming gevraagd of de gegevens van de vragenlijst aan deze organisaties verstrekt mochten worden.

Inhoud vragenlijst komt grotendeels overeen met 1-meting, aantal nieuwe vragen toegevoegd

De vragenlijst was grotendeels hetzelfde als de vragenlijst die is gebruikt voor het onderzoek '1-meting zorggroepen' (5) om zo een goede vergelijking te kunnen maken met de eerdere onderzoeken ('0-meting zorggroepen' en '1-meting zorggroepen'). Er zijn een aantal nieuwe vragen toegevoegd over 1) contracteren, 2) patiëntenparticipatie, 3) huisartsen die toetreden tot en uittreden uit de zorggroep, 4) toegang van de verschillende zorgverleners tot het ICT-systeem, en 5) zorg voor mensen met meerdere aandoeningen en de mogelijke problemen hierbij. Een conceptversie van de vragenlijst is in een pilot-onderzoek onder drie zorggroepen getest op begrijpelijkheid en volledigheid. Op basis van het pilot-onderzoek is een aantal vraagstellingen aangepast.

Adressenbestand gebaseerd op meerdere bronnen

Voor het opstellen van het adressenbestand van zorggroepen is gebruikgemaakt van het adressenbestand dat gebruikt is ten behoeve van het onderzoek '1-meting zorggroepen'. Om mogelijk nog ontbrekende zorggroepen te achterhalen is gebruikgemaakt van het adressenbestand van de Adviesgroep Ketenzorg en de websites van zorgverzekeraars en zorggroepen.

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

Drie weken na verzending van de vragenlijst is een herinneringsbrief verstuurd naar alle zorggroepen die de vragenlijst niet hadden teruggestuurd. Zorggroepen die na het versturen van de herinneringsbrief nog geen vragenlijst hadden geretourneerd, zijn – afhankelijk van de beschikbare contactgegevens – telefonisch of per e-mail benaderd.

2.3 Respons

Respons van zorggroepen bedraagt 63%

Van de 122 organisaties die als zorggroep in het adressenbestand waren opgenomen bleken 19 organisaties toch geen zorggroep te zijn. Deze organisaties zijn in de verdere analyses niet meegenomen. In totaal hebben 65 van de 103 zorggroepen (63%) de vragenlijst ingevuld. De respondenten hadden de volgende functies binnen de zorggroep: directeur, projectleider of manager (79%), voorzitter (6%), secretaris of penningmeester (6%) en andere functies zoals bestuurslid, coördinator of beleidsmedewerker (8%).

2.4 Analyse

Voor de analyse van de gegevens werd gebruikgemaakt van het statistische verwerkingsprogramma SPSS 19.0. In dit rapport beperken we ons tot beschrijvende statistiek. De resultaten worden beschreven aan de hand van frequentietabellen, percentages en kruistabellen. Waar mogelijk is een vergelijking gemaakt met de resultaten van de '0-meting zorggroepen' en de '1-meting zorggroepen'. Vanwege het beperkte aantal zorggroepen dat aan alle drie de metingen deelnam, is ervoor gekozen om geen significantievervals te presenteren.

3

Resultaten

3.1 Hoe zijn zorggroepen in 2011 georganiseerd?

Rechtsvorm van meeste zorggroepen ongewijzigd, bv is nog steeds meest voorkomende rechtsvorm

Van 15% van de zorggroepen is de rechtsvorm gewijzigd sinds de oprichting. In 2011 hadden zorggroepen vooral een bv (besloten vennootschap) als rechtsvorm (42%, zie Tabel 3.1). Van de zorggroepen gaf 5% aan recent te zijn gefuseerd. Geen van de overige zorggroepen had plannen om in de toekomst te fuseren met andere zorggroepen. Wat betreft het eigenaarschap waren, net als ten tijde van de 1-meting, huisartsen in alle zorggroepen mede-eigenaar. In de meeste van de zorggroepen waren huisartsen tevens de enige zorgdiscipline/ partij die eigenaar was (zie Tabel 3.2). Ten opzichte van de 1-meting hebben geen veranderingen plaatsgevonden in het eigenaarschap.

Tabel 3.1: Rechtsvorm van zorggroepen, ten tijde van de 2-meting, 1-meting en 0-meting (%).

Rechtsvorm	2-meting n=65	1-meting n=55	0-meting n=37
Besloten vennootschap	42	36	22
Stichting	20	18	19
Coöperatie	25	18	32
Vereniging	3	4	3
Maatschap	0	4	5
Commanditair vennootschap	2	2	0
Combinatie van rechtsvormen	9	16	16
Onbekend	0	2	3

Tabel 3.2: Eigenaarschap van zorggroepen, ten tijde van de 2-meting en 1-meting (%)*.

Eigenaar	2-meting n=48	1-meting n=35
Huisartsen	85	83
Huisartsen + huisartsenlaboratorium	8	6
Drie of meer partijen/disciplines	4	6
Onbekend	2	6

* Zorggroepen met als rechtsvorm 'stichting' of 'combinatie van rechtsvormen' zijn buiten beschouwing gelaten.

Gemiddeld 81 participerende huisartsen per zorggroep, verloop van huisartsen beperkt

Gemiddeld waren in 2011 bij een zorggroep 81 huisartsen aangesloten. De spreiding tussen zorggroepen is groot en varieert van 3 tot 250 aangesloten huisartsen. Het aantal huisartsen dat in dat jaar toetrad varieerde van 0 tot 23 per zorggroep en het aantal huisartsen dat de zorggroep verliet varieerde van 0 tot 13 per zorggroep. Bij de 65 deelnemende zorggroepen waren in totaal 5172 huisartsen aangesloten, 249 hiervan waren in 2011 toegetreden (5%) en 127 huisartsen verlieten in dat jaar de zorggroep (2%). Zorggroepen noemden diverse redenen voor het verlaten van de zorggroep door huisartsen, zoals pensionering (63%), verhuizing of andere functie (9%) en onvrede over de zorggroep (6%).

Niet in alle zorggroepen namen alle huisartsen deel aan alle door de zorggroep gecontracteerde zorgprogramma's (zie *Paragraaf 3.2.3*). In een aantal zorggroepen namen sommige huisartsen zelfs aan geen enkel zorgprogramma deel. Een duidelijk voorbeeld is een zorggroep waarbij 150 huisartsen als venoot zijn aangesloten, en waarvan slechts 85 huisartsen een contract met de zorggroep hebben gesloten voor de diabeteszorg.

Zorggroepen hebben meer ondersteunend personeel in dienst

Ten opzichte van de 1-meting waren er relatief meer zorggroepen met mensen in loondienst (n=36, 63%; 1-meting: 57%). Van de zorggroepen met werknemers in dienst had het merendeel alleen ondersteunend personeel in dienst en geen zorgverleners (n=19). Daarnaast had een deel zowel ondersteunend personeel als zorgverleners in dienst (n=14) en een deel alleen zorgverleners (n=3). In vergelijking met de 1-meting zijn de percentages van het personeel dat werkzaam is bij de zorggroepen nauwelijks veranderd, met als uitzondering de kwaliteitsfunctionaris (zie *Tabel 3.3*). In de 2-meting werd vaker de aanwezigheid van een kwaliteitsfunctionaris gemeld dan in de 1-meting (45%; 1-meting: 31%). Het aantal fte's (fulltime-equivalents) lijkt voor al het ondersteunend personeel licht toegenomen te zijn. Onduidelijk is waar deze toename door wordt veroorzaakt. Een mogelijke verklaring is dat zorggroepen meer zorgprogramma's hebben gecontracteerd, en daardoor meer ondersteunend personeel nodig hebben (zie ook *Paragraaf 3.2.1*).

Tabel 3.3: Ondersteunend personeel werkzaam in zorggroepen inclusief aantal fte (gemiddelde en range), ten tijde van de 2-meting, 1-meting en 0-meting*.

Type personeel	Aanwezigheid personeel (%)			Gemiddeld aantal fte [#]	
	2-meting n=65	1-meting n=55	0-meting n=37	2-meting	1-meting
Directie en management	85	89	89	0,8 (0,05-3,6)	0,7 (0,1-3,0)
Secretariaat	74	78	73	0,9 (0,1-4,0)	0,7 (0,1-4,0)
Administratie (financiële en personeel)	72	70	65	0,9 (0,06-5,6)	1,1 (0,1-7,1)
ICT en datamanagement	46	44	60	0,9 (0,05-4,5)	0,6 (0,1-3,0)
Medische staf of medische coördinator	43	44	46	0,4 (0,02-1,5)	0,4 (0,1-1,5)
Beleidsmedewerker of staffunctionaris	32	31	35	1,2 (0,1-4,0)	1,0 (0,2-3,0)
Kwaliteitsfunctionaris	45	31	-	0,7 (0,06-1,9)	0,3 (0,1-1,0)

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen;

Zorggroepen zonder ondersteunend personeel zijn buiten beschouwing gelaten.

Minder dan helft zorggroepen heeft toezichhoudend orgaan

In totaal was bij 42% van de zorggroepen (n=27) sprake van een toezichhoudend orgaan. Bij negentien zorggroepen was dit toezichhoudend orgaan op zorggroepniveau, bij de overige acht zorggroepen op 'holdingniveau'. Bij vijf zorggroepen met een raad van toezicht op zorggroepniveau zat een patiëntvertegenwoordiger in de raad. Aangezien de vraagstelling in de 1-meting anders was geformuleerd is geen vergelijking tussen de metingen mogelijk.

Tekstbox 3.1: Wat was de omzet van zorggroepen in 2010?

Aan de zorggroepen is gevraagd wat hun omzet was voor het jaar 2010 per zorgprogramma, of, als het zorgprogramma in 2010 nog niet operationeel was, de verwachte omzet voor 2011. De omzet werd door 50 zorggroepen gerapporteerd voor het zorgprogramma diabetes. De omzet voor deze 50 zorggroepen samen was in totaal 114,8 miljoen euro. Wanneer we de omzet van deze 50 zorggroepen extrapoleren naar alle 103 zorggroepen in Nederland dan wordt de omzet op ongeveer 230 miljoen euro voor het zorgprogramma diabetes geschat. Dit betreft een ruwe schatting, aangezien er geen rekening gehouden is met de grootte van de zorggroepen waarvan de omzet onbekend was (53 van de 103 zorggroepen). De omzet voor de zorgprogramma's COPD en VRM kan niet worden geschat. De gegevens hiervan zijn onvoldoende betrouwbaar doordat een groot deel van de zorggroepen deze vraag niet heeft beantwoord.

Wanneer we kijken naar de gemiddelde omzet per zorggroep voor alle zorgprogramma's samen, dan blijkt dat deze sterk verschilt tussen de zorggroepen. De zorggroep met de hoogste omzet rapporteerde een totale omzet voor het jaar 2010 van meer dan 13 miljoen euro. Deze zorggroep had een keten-dbc contract voor zowel diabetes, COPD en VRM.

3.2 Hoe verloopt de uitrol van de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM?

3.2.1 Aantal gecontracteerde zorgprogramma's

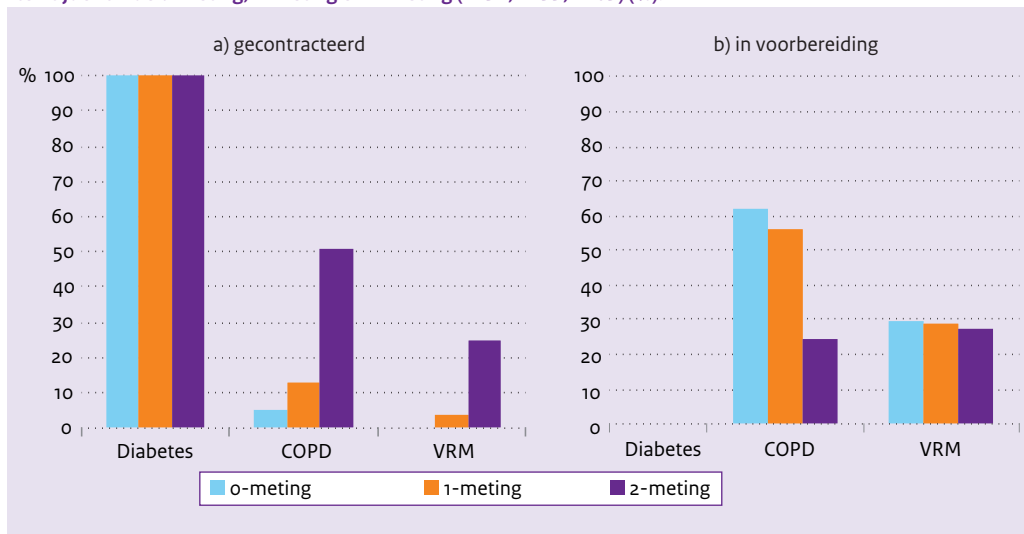
Aantal keten-dbc contracten COPD en VRM sterk gestegen

Alle zorggroepen hadden in 2011 een keten-dbc diabetes (zie *Figuur 3.1a*). De helft van de zorggroepen had daarnaast een keten-dbc COPD en één op de vier zorggroepen had een keten-dbc VRM. Dit is een duidelijke toename ten opzichte van de 0- en 1-meting. Het percentage zorggroepen met een zorgprogramma voor COPD in voorbereiding is afgenomen ten opzichte van de voorgaande metingen (zie *Figuur 3.1b*). Dit is het gevolg van het stijgende aantal zorggroepen dat een keten-dbc contract COPD met de verzekeraar heeft kunnen afsluiten. Het percentage zorggroepen dat een zorgprogramma voor VRM aan het voorbereiden is, bleef gelijk.

Zorgprogramma's voor andere ziekten beperkt gecontacteerd

Andere zorgprogramma's waren in 2011, evenals in de 0- en 1-meting, weinig gecontracteerd (hartfalen: 2%, astma: 5%, depressie: 3%, beroerte: 2%, dementie 2%). Voor deze programma's is integrale bekostiging ook niet structureel ingevoerd.

Figuur 3.1: Zorggroepen met een keten-dbc diabetes, COPD en VRM gecontracteerd (a) of in voorbereiding (b), ten tijde van de 0-meting, 1-meting en 2-meting (n=37, n=55, n=65) (%).



Zes op de tien zorggroepen meer dan één zorgprogramma gecontracteerd

Wat betreft het aantal afgesloten keten-dbc contracten bleek dat 38% (n=25) van de zorggroepen een contract voor één zorgprogramma had afgesloten. Bijna de helft (48%, n=31) had contracten voor twee zorgprogramma's afgesloten en 14% (n=9) voor drie. Van zorggroepen met twee zorgprogramma's had het merendeel naast diabetes een zorgprogramma voor COPD (n=24). De overige zorggroepen hadden als tweede zorgprogramma VRM gecontracteerd (n=7). Bij zorggroepen met meer dan één zorgprogramma waren gemiddeld meer huisartsen aangesloten dan bij zorggroepen met maar één zorgprogramma (92 versus 64 huisartsen).

Contractduur keten-dbc meestal één jaar

Bijna driekwart van de zorggroepen (72%) had een keten-dbc contract diabetes afgesloten voor een periode van één jaar, het jaar 2011. Ruim een kwart van de zorggroepen (28%) had een contract voor meer dan één jaar. De contractduur varieerde van 1,3 tot 3 jaar. Ook de contractduur voor de keten-dbc COPD en VRM betrof veelal een periode van één jaar (COPD: 61%, VRM: 88%).

Contracteren zorgprogramma VRM afhankelijk van preferente zorgverzekeraar

Welke zorgprogramma's gecontracteerd waren was mede afhankelijk van de preferente zorgverzekeraar. Het verschil in contracteren van het keten-dbc contract VRM tussen verzekeraars is duidelijk te zien als men kijkt naar de twee uitersten. Bij de ene zorgverzekeraar hadden tien van de vijftien zorggroepen een contract VRM en bij de andere zorgverzekeraar geen van de twintig zorggroepen.

3.2.2 Spreiding zorggroepen over Nederland

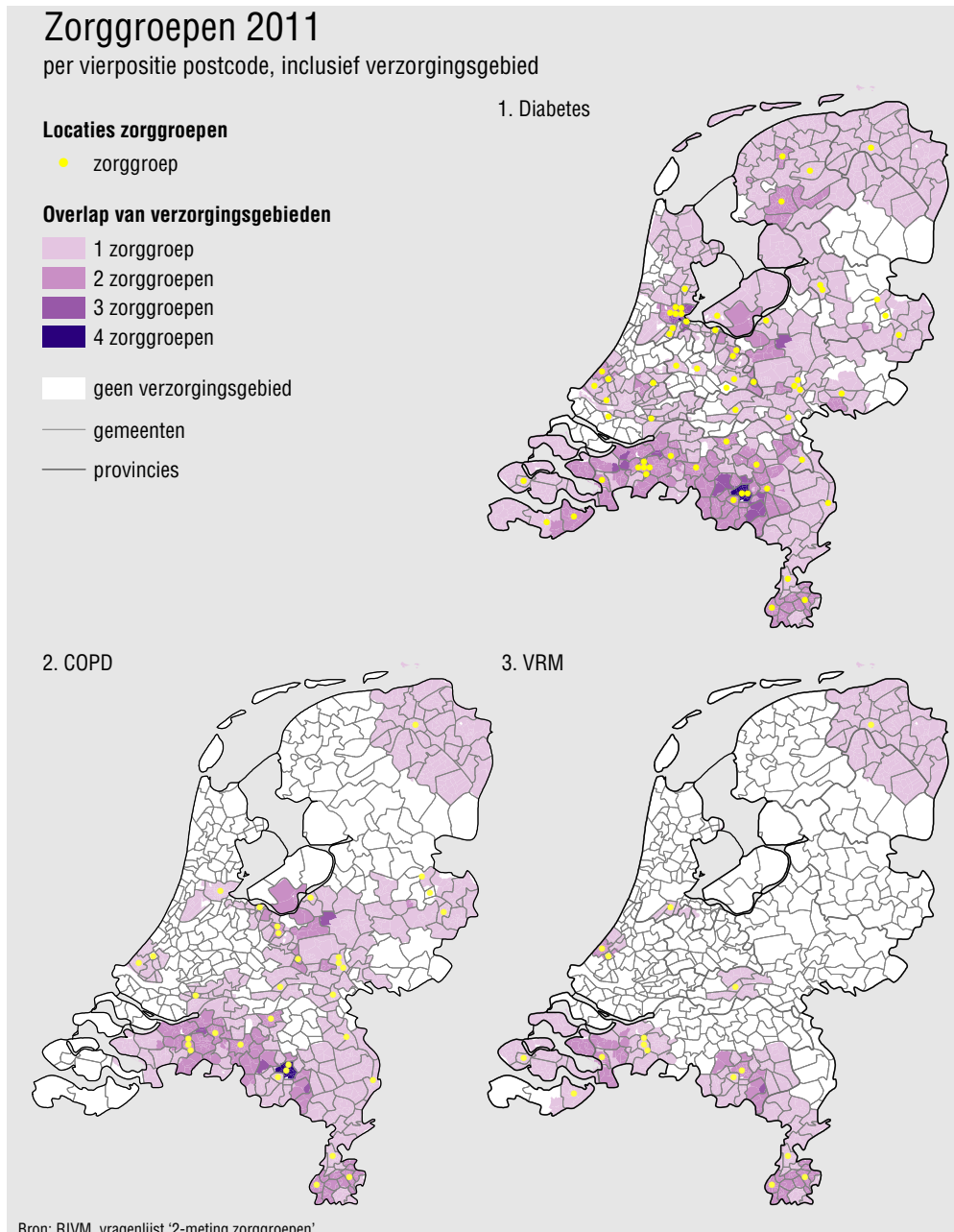
Landelijke uitrol integrale bekostiging voor diabeteszorg

Figuur 3.2 brengt de locaties van zorggroepen in beeld inclusief hun verzorgingsgebied. In dit figuur is alleen gebruikgemaakt van gegevens van responderende zorggroepen en het geeft daardoor geen totaal beeld van alle zorggroepen in Nederland. Uit dit figuur blijkt dat de uitrol van het zorgprogramma diabetes (bekostigd via integrale bekostiging) vrijwel landelijk dekkend is. De zorgprogramma's COPD en VRM zijn nog niet landelijk uitgerold.

Meestal geen andere zorggroep in verzorgingsgebied

Van de zorggroepen gaf 59% aan dat er geen andere zorggroepen waren in hun, door hen zelf gerapporteerde, verzorgingsgebied. Ten opzichte van de 1-meting is dit een lichte toename (1-meting: 50%). Het merendeel van de zorggroepen dat aangaf dat er wel andere zorggroepen actief waren in hun verzorgingsgebied, gaf aan dat er één andere zorggroep actief was (47%) of dat er twee zorggroepen actief waren (35%). Ten opzichte van de 1-meting werd minder frequent gemeld dat er één andere zorggroep was (1-meting: 63%) en meer frequent gemeld dat er twee andere zorggroepen actief waren (1-meting: 11%).

Figuur 3.2: Spreiding van zorggroepen in Nederland voor de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM op basis van de vragenlijst 2-meting zorggroepen (inclusief het door hen zelf gerapporteerde verzorgingsgebied) (diabetes n=65, COPD n=33, VRM n=16).



Deel onderaannemers werkt ook voor andere zorggroepen

In totaal gaf 68% van de zorggroepen aan dat een deel van de onderaannemers ook voor andere zorggroepen actief was, 14% gaf aan dat zorgverleners alleen voor hun zorggroep werkzaam waren en 19% wist het niet. Vooral diëtisten bleken werkzaam voor meerdere zorggroepen; 46% van de zorggroepen gaf aan dat diëtisten ook voor andere zorggroepen werkzaam waren.

3.2.3 Aantal participerende huisartsen en patiënten

Gemiddelde aantal deelnemende huisartsen per zorggroep groter voor zorgprogramma diabetes dan zorgprogramma's COPD en VRM

Gemiddeld participeerden meer huisartsen per zorggroep in het zorgprogramma diabetes dan in de twee andere zorgprogramma's (zie Tabel 3.4). Dit wordt gedeeltelijk verklaard doordat sommige zorggroepen recent gestart zijn met de zorgprogramma's COPD en VRM en dat de huisartsen gefaseerd instromen bij de uitrol van nieuwe zorgprogramma's. Ten opzichte van de 0- en 1-meting is het gemiddelde aantal huisartsen per zorggroep dat participeerde in het zorgprogramma voor diabetes vrijwel ongewijzigd gebleven (78; 1-meting: 76; 0-meting: 77; zie Bijlage, Tabel B1).

Tabel 3.4: Aantal participerende huisartsen in de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM*.

Aantal huisartsen	Diabetes n=64		COPD n=22		VRM N=13	
	n	%	n	%	n	%
Gemiddeld	78		58		56	
Mediaan	65		55		45	
Range	1-220		4-155		1-160	
<50 huisartsen		38		50		54
≥50 en <100 huisartsen		33		41		38
≥100 huisartsen		30		9		8

* Sommige zorggroepen hebben in plaats van het aantal huisartsen, het aantal praktijken ingevuld. Dit kan tot een onderschatting leiden van het gemiddelde aantal huisartsen.

In zorgprogramma VRM participeren gemiddeld meer dan 10.000 patiënten

Het gemiddelde aantal patiënten dat per zorggroep deelnam aan zorgprogramma voor diabetes was 6455 (zie Tabel 3.5). Het gemiddelde aantal participerende patiënten in een zorgprogramma voor COPD lag met 1605 patiënten een stuk lager en dat voor VRM met 10.167 patiënten een stuk hoger. Wat betreft diabetes bleek dat bij bijna een vijfde van de zorggroepen meer dan 10.000 patiënten in een zorgprogramma participeerden. Een derde van de zorggroepen met een zorgprogramma voor VRM had meer dan 10.000 patiënten in zorg. De zorggroepen die meer dan 10.000 patiënten rapporteerden in de diabetes en/ of VRM groep bestonden alle uit meer dan 100 huisartsen. Geen enkele zorggroep had meer dan 5000 patiënten voor het zorgprogramma COPD in zorg. Het verschil tussen het gemiddelde aantal patiënten per zorggroep in het zorgprogramma diabetes en COPD is te verklaren doordat de prevalentie van diabetes in de huisartsenpraktijk hoger is dan COPD. Voor VRM is dit lastig te zeggen aangezien de inclusiecriteria voor dit programma minder duidelijk zijn.

Tabel 3.5: Aantal patiënten in de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM.

Aantal huisartsen	Diabetes n=64		COPD n=22		VRM N=13	
	n	%	n	%	n	%
Gemiddeld	6455		1605		10.167	
Mediaan	6100		1300		8628	
Range	400-22.454		196-4123		603-36.000	
<1000		6		35		13
≥1000 en <5000		34		65		33
≥5000 - <10.000		40		0		20
≥10.000		19		0		33

Gemiddelde aantal patiënten in zorgprogramma diabetes varieert tussen metingen

Het gemiddelde aantal diabetespatiënten per zorggroep varieert sterk tussen de metingen, vooral de 0-meting is afwijkend (zie Tabel 3.6). Ten opzichte van de 1-meting was in de 2-meting het gemiddelde aantal diabetespatiënten in het zorgprogramma toegenomen. Het aantal was echter niet zo hoog als destijds in de 0-meting. De reden voor de verschillen in patiëntenaantallen tussen de 0-meting enerzijds en de 1- en 2-meting anderzijds is onduidelijk, maar mogelijk speelt het aantal en de grootte van de zorggroepen in de 0-meting een rol.

Tabel 3.6: Aantal patiënten in het zorgprogramma diabetes, ten tijde van de 2-meting, 1-meting en 0-meting.

Aantal patiënten	2-meting n=62		1-meting n=53		0-meting n=30	
	n	%	n	%	n	%
Gemiddeld	6455		5675		8149	
Mediaan	6100		4600		6.000	
Range	400-22.454		200-20.000		900-30.000	
<1000		6		6		3
≥1000 en <5000		34		47		37
≥5000 en <10.000		40		30		33
≥10.000		19		17		27

3.3 Hoe verlopen de onderhandelingen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders?

3.3.1 Contracteren keten-dbc's

Meeste zorggroepen hebben met alle verzekeraars keten-dbc contract diabetes

De meeste zorggroepen hadden zowel een keten-dbc contract diabetes met de preferente zorgverzekeraar als met alle verre verzekeraars (88%). Een vergelijking met de gegevens van de 1-meting is niet mogelijk, aangezien de vragenlijsten voor de 1-meting vroeger in het jaar werden verstuurd (1-meting: maart 2010; 2-meting: oktober 2011) en meerdere zorggroepen ten tijde van de 1-meting aangaven dat de onderhandelingen voor dat jaar nog gaande waren.

Afsluiten keten-dbc VRM met verre verzekeraars verloopt minder goed

Zorggroepen die een keten-dbc contract VRM hadden met hun preferente verzekeraar (n=16), lukte het vaak niet een contract af te sluiten met alle verre verzekeraars (contract met alle verre verzekeraars VRM: 20%). Als belangrijkste reden werd genoemd dat deze zorgverzekeraars geen keten-dbc contract voor het zorgprogramma VRM wilden afsluiten. Bij COPD speelde dit veel minder; 76% van de zorggroepen die een keten-dbc contract COPD hadden afgesloten met hun preferente verzekeraar voor 2011, hadden ook een contract met alle verre verzekeraars.

Gemiddeld besteden zorggroepen 52 uur aan onderhandelingen met preferente verzekeraar

Zorggroepen gaven aan naar schatting gemiddeld 52 uur te hebben besteed aan het onderhandelen over het meest recente keten-dbc contract diabetes (zie Tabel 3.7). Daarnaast besteedden ze gemiddeld 21 uur aan onderhandelingen met verre verzekeraars en 33 uur aan onderhandelingen met oderaannemers. De variatie tussen de zorggroepen is groot. Dit blijkt ook als men kijkt naar de mediaan, deze wijkt af van het gemiddelde. De mediaan ligt lager dan het gemiddelde, wat erop wijst dat de meeste onderhandelingen korter duurden dan het gemiddelde aantal uur. Het is niet mogelijk het aantal uur besteed aan onderhandelingen voor diabetes en voor COPD of VRM met elkaar te vergelijken, omdat in sommige zorggroepen de onderhandelingen over de verschillende zorgprogramma's tegelijkertijd plaatsvonden.

Tabel 3.7: Gemiddelde aantal uren dat een zorggroep heeft besteed aan onderhandelen en afsluiten van de meeste recente keten-dbc contracten diabetes, COPD en VRM (schatting door zorggroepen).

	Diabetes n=61	COPD N=28	VRM n=14
Preferente verzekeraar	52 (1-200) (mediaan 40)	56 (5-200) (mediaan 40)	47 (7-200) (mediaan 25)
Alle verre verzekeraars	21 (0-100) (mediaan 10)	22 (0-80) (mediaan 10)	29 (2-80) (mediaan 23)
Alle oderaannemers	33 (1-200) (mediaan 20)	24 (0-160) (mediaan 13)	15 (1-40) (mediaan 15)

Tot stand komen tarieven keten-dbc meestal door loven en bieden

De zorggroepen is niet naar het tarief voor de keten-dbc's gevraagd, maar wel naar hoe het betreffende tarief tot stand is gekomen. Iets meer dan de helft (54%) gaf aan dat dit voor de keten-dbc diabetes gebeurd is in een dialoog, door te loven en te bieden. De andere zorggroepen gaven aan dat de zorgverzekeraar de prijs vaststelde (29%) of dat de zorggroep de prijs vaststelde (17%), en dat de andere partij het tarief overnam. Ook bij de zorgprogramma's COPD en VRM kwamen de meeste zorgprogramma's door loven en bieden tot stand (72% en 67%).

Vrijwel geen afspraken over prestatiebeloning met zorgverzekeraars en zorgaanbieders

De contracten over diabetes, COPD en VRM met de zorgverzekeraars bevatten het meest frequent afspraken over de manier van gegevensverzameling en over kwaliteitsindicatoren (zie Tabel B2). De contracten met de zorgaanbieders bevatten het meest frequent afspraken over rapporteren en registreren, protocollaire werkwijze en bij- en nascholing (zie Tabel B3). Dit gold voor zowel diabetes, als COPD en VRM.

In de 1-meting gaf nog een kwart van de zorggroepen aan afspraken met de preferente zorgverzekeraar over prestatiebeloning te hebben opgenomen in het keten-dbc contract diabetes. In de 2-meting was dit gedaald naar 11% (zie Tabel 3.8). In de contracten voor COPD en VRM waren in geen van de zorggroepen afspraken over prestatiebeloning opgenomen (zie Tabel B2). Ook in de contracten van de zorggroepen met zorgaanbieders ontbraken doorgaans afspraken over prestatiebeloning (diabetes: 13%, COPD: 11%, VRM: 0%). Het aantal zorggroepen dat afspraken had met de zorgverzekeraar over het minimale aantal momenten dat de huisarts de patiënt ziet is gehalveerd. Wel hadden meer zorggroepen in het keten-dbc contract diabetes met de preferente verzekeraar afspraken opgenomen over het terugbetalen of verrekenen van niet verleende zorg (zie Tabel 3.8). In de contracten met zorgaanbieders zijn ten opzichte van de 1-meting vaker afspraken gemaakt over bij- en nascholing en protocollaire werkwijze en minder vaak over wachttijden of toegangstijden tot de zorg (zie Tabel B4).

Tabel 3.8: Inhoud keten-dbc contract diabetes met preferente zorgverzekeraar, ten tijde van de 2-meting en 1-meting (%)*.

Afspraak in contract	2-meting n=62	1-meting n=55
Manier van aanleveren van gegevens over de geleverde zorg	90	84
Kwaliteitsindicatoren	85	78
Poh-verplichting	50	56
Minimaal aantal momenten dat huisarts de diabetespatiënt ziet	26	55
Terugbetalen of verrekenen van niet verleende zorg	50	35
Prestatiebeloning	11	24
Kwaliteitseisen aan onderaannemers	32	24
Percentage patiënten onder behandeling in 1 ^e lijn en 2 ^e lijn	24	16
Wachttijd zorgaanbieders	3	-

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.
Poh = praktijkondersteuner huisarts.

3.3.2 Tevredenheid over onderhandelingen

Zorggroepen meer tevreden over resultaat dan over proces onderhandelingen keten-dbc diabetes

Wat betreft de onderhandelingen over het keten-dbc contract diabetes waren zorggroepen meer tevreden over het resultaat van de onderhandelingen dan over het proces (zie Tabel 3.9 en Tabel 3.10). Dit gold voor de onderhandelingen met zowel de preferente als de verre verzekeraars. Voor COPD werd dit verschil niet gevonden; zorggroepen waren vrijwel net zo tevreden over het proces als over het resultaat van de onderhandelingen met zowel de preferente als de verre verzekeraars. Wat betreft VRM leken zorggroepen wat minder tevreden met het proces dan met het resultaat van de onderhandelingen met de verre verzekeraars. Ten opzichte van de 0- en 1-meting leken zorggroepen meer tevreden geworden over het proces van de onderhandelingen met de preferente verzekeraar over de keten-dbc diabetes (zie Tabel 3.11).

Tabel 3.9: Mate van tevredenheid van zorggroepen met het proces en resultaat van de contractonderhandelingen met preferente zorgverzekeraars over de keten-dbc contracten diabetes, COPD en VRM (%).

	Proces			Resultaat		
	Diabetes n=61	COPD n=29	VRM n=15	Diabetes n=61	COPD n=29	VRM n=15
Zeer ontevreden	8	10	0	0	7	0
Ontevreden	33	24	14	18	24	14
Tevreden	49	59	60	75	66	71
Zeer tevreden	10	7	27	7	3	14

Tabel 3.10: Mate van tevredenheid van zorggroepen met het proces en resultaat van de contractonderhandelingen met verre zorgverzekeraars over de keten-dbc contracten diabetes, COPD en VRM (%)*.

	Proces			Resultaat		
	Diabetes n=61	COPD n=29	VRM n=15	Diabetes n=61	COPD n=29	VRM n=15
Zeer ontevreden	10	0	7	2	3	7
Ontevreden	37	14	47	28	17	27
Tevreden	53	76	47	70	79	67
Zeer tevreden	0	0	0	0	0	0

* Deze vraag was niet opgenomen in de vragenlijst van de 1-meting.

Tabel 3.11: Mate van tevredenheid van zorggroepen met het proces en resultaat van de contractonderhandelingen met preferente zorgverzekeraars over het keten-dbc contract diabetes ten tijde van de 2-meting, 1-meting en 0-meting (%).

	Proces			Resultaat		
	2-meting n=61	1-meting n=55	0-meting n=37 [#]	2-meting n=61	1-meting n=54	0-meting n=36 [#]
Zeer ontevreden	8	11	5	0	2	3
Ontevreden	33	42	46	18	24	19
Tevreden	49	36	38	75	63	69
Zeer tevreden	10	11	11	7	11	8

[#] In de 0-meting is niet specifiek gevraagd naar ervaringen met de preferente verzekeraar, maar naar ervaringen met verzekeraars in het algemeen.

Vrijwel alle zorggroepen ervaren nog steeds knelpunten in onderhandelingen met verzekeraars

Uit de vorige metingen bleek dat veel zorggroepen knelpunten ervoeren in de onderhandelingen met verzekeraars over het keten-dbc contract diabetes. Ook in de huidige meting gaven vrijwel alle zorggroepen aan knelpunten te ervaren (zie Tabel 3.12). De frequenties van de genoemde knelpunten zijn wel enigszins gewijzigd. In de huidige meting gaven meer zorggroepen aan dat er weinig onderhandelingsruimte werd geboden door de zorgverzekeraar. Het meest genoemde knelpunt bij zorggroepen met een contract voor VRM was dat niet alle verre verzekeraars het contract wilden volgen (zie Tabel B5).

Tabel 3.12: Ervaren knelpunten in de contractonderhandelingen met zorgverzekeraars over het keten-dbc contract diabetes, ten tijde van de 2-meting, 1-meting en 0-meting (%)*.

Knelpunt	2-meting n=62	1-meting n=55	0-meting n=37
Geen knelpunten	10	7	4
Moeizaam traject/moeizame communicatie/ lange doorlooptijd	53	64	46
Verre zorgverzekeraars volgen niet (automatisch)	61	60	62
Weinig onderhandelingsruimte aan de kant van de zorgverzekeraar	74	56	43
Onervarenheid, discontinuïteit en gebrek aan medische kennis aan de kant van de zorgverzekeraar	45	33	57
Administratieve afhandeling met zorgverzekeraar	31	18	32
Onervarenheid, discontinuïteit en gebrek aan financiële kennis aan de kant van de zorggroep	11	9	24

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

Zorggroepen tevreden over onderhandelingen met onderaannemers

Vrijwel alle zorggroepen waren tevreden of zeer tevreden over het proces en resultaat van de onderhandelingen met zorgaanbieders (zie Tabel 3.13). Dit resultaat is voor vrijwel alle zorgprogramma's hetzelfde. Ook in vergelijking met de 1-meting waren er vrijwel geen veranderingen te zien (zie Tabel 3.14). Wanneer specifiek gevraagd werd naar knelpunten gaf 53% van de zorggroepen aan knelpunten te ervaren bij de onderhandelingen over het keten-DBC contract diabetes met een deel van de onderaannemers (zie Tabel B6). Vooral diëtisten werden hierbij genoemd. Bij VRM zien we een vergelijkbaar beeld. Bij COPD ervoeren minder zorggroepen problemen bij de onderhandelingen met onderaannemers (32%) dan bij diabetes of VRM. Het meest frequent ondervond men problemen bij de onderhandelingen met longartsen.

Tabel 3.13: Mate van tevredenheid van zorggroepen met het proces en resultaat van de contractonderhandelingen met 'onderaannemers' over de keten-DBC contracten diabetes, COPD en VRM (%).

	Proces			Resultaat		
	Diabetes n=59	COPD n=28	VRM n=15	Diabetes n=58	COPD n=28	VRM n=15
Zeer ontevreden	0	0	0	0	0	0
Ontevreden	10	4	0	5	7	0
Tevreden	80	93	85	86	89	83
Zeer tevreden	10	4	15	9	4	17

Tabel 3.14: Mate van tevredenheid van zorggroepen met het proces en resultaat van de contractonderhandelingen met 'onderaannemers' over het keten-DBC contract diabetes, ten tijde van de 2-meting en 1-meting (%).

	Proces		Resultaat	
	2-meting n=59	1-meting n=54	2-meting n=58	1-meting n=54
Zeer ontevreden	0	0	0	0
Ontevreden	10	7	5	4
Tevreden	80	74	86	76
Zeer tevreden	10	19	9	20

3.4 Hoe coördineren zorggroepen hun zorg en hoe zien zij toe op de kwaliteit van zorg?

3.4.1 Betrokken zorgaanbieders

Naast zorgverleners uit huisartsenpraktijk zijn diëtist en laboratorium in meeste zorgprogramma's gecontracteerd of in loondienst

In alle zorggroepen waren voor de drie zorgprogramma's zorgverleners uit de huisartsenpraktijk gecontracteerd of in loondienst (zie Tabel 3.15). In het zorgprogramma diabetes waren daarnaast bij een ruime meerderheid van de zorggroepen diëtisten (89%) en internisten (69%) betrokken. Voor het zorgprogramma COPD gold dat naast zorgverleners uit de huisartsenpraktijken vaak longartsen (65%) waren betrokken. Binnen het zorgprogramma VRM waren diëtisten (73%) het meest frequent gecontracteerd of in dienst naast de zorgverleners uit de huisartsenpraktijk. Er werden relatief meer poh's (praktijkondersteuner huisarts) en doktersassistentes voor het zorgprogramma VRM gecontracteerd dan voor het zorgprogramma diabetes en COPD (zie Tabel B9).

Tabel 3.15: Zorgaanbieders die zorg leveren (gecontracteerd of in loondienst) binnen de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM (%)*.

Zorgaanbieder	Diabetes n=64	COPD n=31	VRM n=15
Huisarts	100	100	100
Poh	95	90	87
Diabetesverpleegkundige	68	-	-
Doktersassistent	55	55	67
Diëtist	89	35	73
Internist	69	-	-
Oogarts	55	-	-
Laboratorium	53	23	27
Optometrist	39	-	-
Fysiotherapeut	10	23	7
Podotherapeut	50	-	-
Apotheker	13	10	7
Longverpleegkundige	-	42	7
Longarts	-	65	7

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen. Sommige zorggroepen hebben in plaats van het aantal zorgverleners, het aantal praktijken of maatschappen ingevuld. Dit kan tot een onderschatting leiden van het gemiddelde aantal zorgverleners; Poh = praktijkondersteuner huisarts.

Diëtisten vaker betrokken bij zorgprogramma diabetes

Ten opzichte van de 1-meting was voor diabetes vaker een diëtist betrokken bij het zorgprogramma en minder vaak een doktersassistente of een diabetesverpleegkundige (zie Tabel 3.16). De gemiddelde aantallen zorgverleners per zorggroep betrokken bij het zorgprogramma diabetes zijn vrijwel gelijk gebleven, behalve bij de doktersassistenten. Zorggroepen rapporteerden in de 2-meting gemiddeld 39 doktersassistenten in dienst of gecontracteerd te hebben terwijl dit in de 1-meting nog gemiddeld 62 was. Het gemiddelde aantal poh's per zorggroep is gelijk gebleven.

Tabel 3.16: Zorgaanbieders die zorg leveren binnen het zorgprogramma diabetes (gecontracteerd of in loondienst), ten tijde van de 2-meting en 1-meting*.

Zorgaanbieder	Levert zorg binnen zorggroep (%)		Gemiddeld aantal (range)	
	2-meting n=64 [#]	1-meting n=55 [#]	2-meting n=64 [#]	1-meting n=55 [#]
Huisarts	100	100	78 (1-220)	76 (2-220)
Poh	95	98	33 (2-150)	33 (2-150)
Diabetesverpleegkundige	68	76	4 (1-15)	5 (1-18)
Doktersassistente	55	75	36 (1-130)	62 (5-200)
Diëtist	89	69	13 (1-56)	10 (1-40)
Internist	69	65	2 (1-9)	4 (1-10)
Oogarts	55	58	2 (1-7)	3 (1-8)
Laboratorium	53	58	2 (1-3)	1 (1-4)
Optometrist	39	-	5 (1-32)	-
Fysiotherapeut	10	-	7 (1-20)	-
Podotherapeut	50	-	8 (1-47)	-
Apotheker	13	-	6 (1-15)	-

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen;

[#] De n wijkt af per zorgaanbieder doordat niet alle zorggroepen alle zorgaanbieders hebben gecontracteerd of in loondienst hebben (zie Tabel 3.15) en door missende waarden; Poh = praktijkondersteuner huisarts.

Bijna helft van zorggroepen werkt met voorkeursaanbieders

Iets minder dan de helft van de zorggroepen gaf aan voor het zorgprogramma diabetes te werken met voorkeursaanbieders (zie Tabel 3.17). Met de term voorkeursaanbieders wordt bedoeld dat een zorggroep niet met alle zorgaanbieders in de regio contracten heeft afgesloten, maar met slechts een deel. Zorggroepen werkten voor diabetes vooral met voorkeursaanbieders voor diëtisten (30%) en internisten (28%). Deze zorggroepen hadden vrijwel altijd wel meer dan één diëtist gecontracteerd (93%), maar vaak niet meer dan één internist/maatschap (32%). Voor het zorgprogramma COPD werkte zorggroepen vooral met voorkeursaanbieders bij longartsen (33%) en voor het zorgprogramma VRM bij diëtisten (31%).

Tabel 3.17: Mate waarin zorggroepen werken met voorkeursaanbieders, voor de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM (%)*.

Voorkeursaanbieder	Diabetes n=57	COPD n=30	VRM n=13
Geen	53	57	62
Diëtist	30	7	31
Internist	28	-	-
Laboratorium	26	-	-
Oogarts	25	-	-
Optometrist	18	-	-
Podotherapeut	18	-	-
Longarts	-	33	-
Fysiotherapeut	-	7	15
Apotheker	-	10	-
(medisch) psycholoog	-	-	8

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

Zorggroepen hebben gemiddeld met 3,8 zorgdisciplines samenwerkingsafspraken voor diabetes

Gemiddeld hadden zorggroepen binnen het zorgprogramma diabetes met 3,8 zorgdisciplines schriftelijke werkafspraken gemaakt. Dit zijn afspraken naast die met huisartsenpraktijken en deze beperken zich tot afspraken met de zorgdisciplines genoemd in Tabel B8. Dit betreft verder alleen samenwerkingsafspraken en wil niet zeggen dat er ook een contract afgesloten is. Voor het zorgprogramma COPD hadden zorggroepen gemiddeld met 2,4 zorgdisciplines afspraken gemaakt over de samenwerking binnen het zorgprogramma. Voor VRM gold dat dit gemiddeld met 3,8 zorgdisciplines was.

De meerderheid van de zorggroepen gaf aan voor het zorgprogramma diabetes samenwerkingsafspraken te hebben gemaakt met internisten (91%), diëtisten (80%) en oogartsen (69%) (zie Tabel B7). Met andere zorgaanbieders waren in (veel) mindere mate afspraken gemaakt. Voor het zorgprogramma COPD hadden zorggroepen vooral afspraken gemaakt met longartsen (97%) en voor het zorgprogramma VRM met diëtisten (93%) en cardiologen (93%). In vergelijking met de 1-meting waren in de 2-meting binnen het zorgprogramma diabetes vaker samenwerkingsafspraken gemaakt met de klinisch chemicus en de podotherapeut/pedicure (zie Tabel B8). Afspraken over samenwerking met de fysiotherapeut en de oogarts werden wat minder vaak gerapporteerd ten opzichte van de 1-meting.

3.4.2 ICT-systeem

HIS-extractietool nog steeds meest gebruikt, maar gebruik keteninformatiesysteem neemt toe

Net als ten tijde van de 1-meting maakte ongeveer de helft van de zorggroepen gebruik van een HIS (huisartsinformatiesysteem)-extractietool (zie Tabel 3.18). Opvallend is dat relatief meer zorggroepen een keteninformatiesysteem (KIS) zijn gaan gebruiken en dat minder zorggroepen een apart registratiesysteem naast het HIS hebben. Daarnaast gaf geen enkele zorggroep meer aan dat het systeem voor gegevensverzameling nog in ontwikkeling is.

Tabel 3.18: Methode van gegevensverzameling binnen zorggroepen, ten tijde van de 2-meting en 1-meting (%)*.

Methode gegevensverzameling	2-meting n=65	1-meting n=55
HIS-extractietool	54	49
Keteninformatiesysteem (KIS)	43	33
Apart registratiesysteem naast het HIS	6	16
Systeem van diagnostisch partner (huisartsenlab, laboratorium/ziekenhuis)	8	9
Handmatige lijsten	3	9
Systeem nog in ontwikkeling	0	6

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

Naast zorgverleners uit de huisartsenpraktijk hebben vooral diabetesverpleegkundige en diëtist toegang tot elektronisch dossier

Vrijwel alle zorggroepen gaven aan dat de huisarts en poh toegang hadden tot het elektronische dossier (95%) (zie Tabel B10). Voor de overige zorggroepen gold dat zij geen transmuraal elektronisch dossier gebruikten. In ruim de helft van de zorggroepen had de diabetesverpleegkundige toegang en in bijna de helft van de zorggroepen had de diëtist toegang tot een specifiek deel van het elektronische zorgdossier. Cardiologen, fysiotherapeuten en longverpleegkundigen hadden bij vrijwel geen enkele zorggroep toegang tot het elektronische dossier. Dit komt deels doordat niet alle zorggroepen deze zorgverleners hadden gecontracteerd (zie Paragraaf 3.4.1), en deels door beperkingen van het ICT-systeem. Niet alle ICT-systemen zijn geschikt om toegang te verlenen tot alle zorgverleners binnen het zorgprogramma. Zoals verwacht hebben bij zorggroepen die een KIS gebruiken meer verschillende zorgdisciplines toegang tot het elektronisch zorgdossier dan in zorggroepen die geen KIS gebruiken (met KIS: gemiddeld 6, zonder KIS: gemiddeld 2). Dit verschil bleek vrijwel hetzelfde voor zorggroepen met één, twee en drie zorgprogramma's.

Meeste zorggroepen ervaren ICT-problemen

Bijna alle zorggroepen hadden problemen op het gebied van ICT (zie Tabel 3.19). Het meest genoemde knelpunt was, net als in de 0- en 1-meting, dat er binnen de zorggroep verschillende HIS-en werden gebruikt (63%). Daarnaast had de helft van de zorggroepen problemen met het uitwisselen van informatie tussen de zorggroep en de tweede lijn. Ook het feit dat er geen uniforme manier van registreren was werd frequent als knelpunt ervaren. Dit knelpunt is niet in de vorige metingen uitgevraagd, waardoor geen vergelijking mogelijk is. De knelpunten 'ICT-extractie tool' en 'centrale informatieverzameling' werden minder vaak genoemd. Deze laatste resultaten zijn waarschijnlijk vertekend doordat er in de huidige meting twee antwoordcategorieën zijn toegevoegd.

De ervaren knelpunten verschilden tussen zorggroepen met en zonder een KIS. Zorggroepen met een KIS noemden het vaakst als knelpunt dat er verschillende HIS-en worden gebruikt binnen de zorggroep (75%, niet weergegeven in een tabel), van de zorggroepen zonder KIS ervoer 54% dit als een knelpunt. Zorggroepen zonder een KIS noemden het vaakst als knelpunt de uitwisseling van informatie tussen zorggroep en tweede lijn (68%, niet weergegeven in een tabel). Van de zorggroepen met een KIS ervoer 32% dit als een knelpunt.

Tabel 3.19: Ervaren knelpunten op het gebied van ICT, ten tijde van de 2-meting, 1-meting en 0-meting (%)*.

Knelpunt	2-meting n=65	1-meting n=55	0-meting n=37
Geen knelpunten	6	11	5
Gebruik van verschillende HIS-en binnen de zorggroep	63	64	62
Uitwisselen informatie tussen zorggroep en 2e lijn	52	44	46
Ontbreken van ICT-extractie tool	9	24	41
Centrale informatieverzameling	11	22	35
Geen uniforme manier van registreren	40	-	-
Dubbele invoer in registratiesystemen	29	-	-
Anders	14	27	8

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

3.4.3 Kwaliteitsborging

Klein deel zorggroepen gebruikt gecertificeerd kwaliteitssysteem op zorggroepniveau

Twaalf procent (n=8) van de zorggroepen had een gecertificeerd kwaliteitssysteem op zorggroepniveau. De gebruikte systemen waren HKZ-ketenzorg (n=2), ISO (n=1), ISO en HKZ-ketenzorg (n=1), INK (n=1) of een ander systeem (n=3). Daarnaast gaf 55% van de zorggroepen aan geen kwaliteitssysteem op zorggroepniveau te hebben, maar wel op het niveau van de huisartsenpraktijken. De overige zorggroepen gebruikten geen kwaliteitssysteem (29%) of de respondent wist niet of er een kwaliteitssysteem was (3%). Bijna alle zorggroepen (95%) beschikten over een financieel jaarverslag van 2010 en de helft (51%) over een maatschappelijk jaarverslag van datzelfde jaar.

Twee derde van zorggroepen visiteert huisartsenpraktijken

In zowel de zorgprogramma's diabetes, COPD als VRM werd door ongeveer twee derde van de zorggroepen visitatie georganiseerd (zie Tabel 3.20). Deze zorggroepen visiteerden allemaal hun deelnemende huisartsenpraktijken. Voor het zorgprogramma diabetes werd door 79% van de zorggroepen geen andere zorgaanbieders gevisiteerd, voor zowel COPD als VRM was dit 90%. De frequentie van de visitatie varieerde. De meeste zorggroepen die visitatie organiseerden deden dit één keer per jaar (47%) of één keer per half jaar (21%).

Spiegelinformatie aangeboden door meeste zorggroepen, meestal alleen aan huisartsenpraktijken

Bijna alle zorggroepen boden spiegelinformatie aan binnen het zorgprogramma diabetes, aan tenminste een deel van de zorgaanbieders (zie Tabel 3.20). Dit bleef vaak beperkt tot huisartsenpraktijken; 72% van de zorggroepen die spiegelinformatie aanbood binnen het zorgprogramma diabetes deed dit uitsluitend aan huisartsenpraktijken (niet weergegeven in een tabel). Ook in de andere zorgprogramma's bleef dit vaak beperkt tot huisartsenpraktijken, voor COPD was dit 81% van de zorggroepen en voor VRM 67%. De zorggroepen die nog geen spiegelinformatie aanboden waren alle recent gestart met het zorgprogramma. De frequentie van het aanbieden van spiegelinformatie varieerde, de meeste zorggroepen deden dit één

keer per jaar (52%) of één keer per half jaar (25%). De spiegelinformatie werd meestal, net als ten tijde van de 1-meting, alleen opgesteld door de zorggroepen zelf (61%; 1-meting: 61%). Een derde van de zorggroepen liet dit (ook) doen door een onafhankelijke partij. Op basis van deze spiegelinformatie gaf 88% van de zorggroepen aan verbeterplannen op te stellen.

Tabel 3.20: Activiteiten georganiseerd door zorggroepen binnen de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM (%).

	Diabetes n=63 [#]	COPD n=32 [#]	VRM n=15 [#]
Visitatie	70	66	67
Spiegelinformatie	97	84	80
Bij- en nascholing	97	97	87
Multidisciplinair protocol	97	100	100
Oproepsysteem bij no-show	43	36	57
Werken met een individueel zorg- of behandelplan	49	59	67

[#] De n wijkt af per activiteit, doordat niet alle zorggroepen alle individuele vragen hebben beantwoord.

Bij- en nascholing door meeste zorggroepen georganiseerd

Vrijwel alle zorggroepen organiseerden bij- en nascholing voor een deel van hun zorgaanbieders (zie Tabel 3.20). Net als bij het aanbieden van spiegelinformatie waren het vooral zorggroepen die net gestart waren met het betreffende zorgprogramma die nog geen bij- en nascholing voor dat zorgprogramma organiseerden. Bij- en nascholing werd in alle zorgprogramma's georganiseerd voor huisartsen en poh's. In het zorgprogramma diabetes en VRM werd daarnaast vaak scholing georganiseerd voor doktersassistenten en diëtisten (zie Tabel 3.21). In het zorgprogramma COPD werd, naast voor huisartsen en poh's, ook vaak scholing georganiseerd voor doktersassistenten en longverpleegkundigen.

De onderwerpen die besproken werden tijdens de bij- en nascholing verschilden tussen de zorgprogramma's (zie Tabel B12). Het meest besproken onderwerp voor het zorgprogramma diabetes was 'insulinetherapie', voor het zorgprogramma COPD 'spirometrie' en voor het zorgprogramma VRM 'zelfmanagement'. In vergelijking met de 1-meting zijn de onderwerpen voor de bij- en nascholing binnen het zorgprogramma diabetes vrijwel niet veranderd (zie Tabel B13).

Tabel 3.21: Zorgaanbieders voor wie zorggroepen visitatie en bij- en nascholing organiseerden en spiegelinformatie aanboden binnen de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM (%)*.

Zorgaanbieder	Visitatie			Spiegelinformatie			Bij- en nascholing		
	DM n=44 [#]	COPD n=21 [#]	VRM n=10 [#]	DM n=61 [#]	COPD n=26 [#]	VRM n=12 [#]	DM n=61 [#]	COPD n=31 [#]	VRM n=13 [#]
Huisartsenpraktijk	100	100	100	98	100	100	-	-	-
Huisarts	-	-	-	-	-	-	98	100	100
Poh	-	-	-	-	-	-	98	100	100
Doktersassistent	-	-	-	-	-	-	52	32	62
Diabetes- verpleegkundige	-	-	-	-	-	-	39	-	-
Diëtist	19	0	10	8	4	8	36	6	38
Oogarts	12	-	-	13	-	-	3	-	-
Internist	12	-	-	18	-	-	8	-	-
Longarts	-	10	-	-	12	-	-	10	-
Apotheker	-	0	-	-	8	-	-	3	-
Fysiotherapeut	-	0	0	-	4	8	-	16	15
Longverpleegkundige	-	-	-	-	-	-	-	29	-

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen;

[#] Alleen zorggroepen die visitatie en/of bij- en nascholing organiseerden of spiegelinformatie leverden zijn geselecteerd; DM = Diabetes; Poh = praktijkondersteuner huisarts.

Bijna alle zorggroepen hebben multidisciplinair protocol, bijna helft beschikt over no-show systeem

Vrijwel alle zorggroepen gaven aan te beschikken over een multidisciplinair protocol voor alle gecontracteerde zorgprogramma's (zie Tabel 3.20). Zorggroepen is ook gevraagd of zij beschikten over een systeem op zorggroepniveau om patiënten die niet op de controles komen ('no show') te signaleren en op te roepen. Voor het zorgprogramma diabetes gaf 43% aan hierover te beschikken (zie Tabel 3.20). Het percentage zorggroepen dat aangaf voor het zorgprogramma COPD een no-show oproepsysteem te gebruiken was 36% en voor VRM 57%.

Twee derde zorggroepen werkt met individueel behandel- of zorgplan binnen zorgprogramma VRM

Ongeveer de helft van de zorggroepen werkte met een individueel behandel- of zorgplan binnen het zorgprogramma diabetes (zie Tabel 3.20). Binnen het zorgprogramma COPD werkte 59% van de zorggroepen met een dergelijk plan en binnen het zorgprogramma VRM 67%. Het is niet bekend of alle patiënten binnen de zorgprogramma's van deze zorggroepen een zorgplan hebben of slechts een deel.

Vaker visitatie en spiegelinformatie aangeboden dan ten tijde van 1-meting

In vergelijking met de 1-meting werd in het huidige onderzoek vaker aangegeven dat er visitatie en spiegelinformatie werd aangeboden (zie Tabel B14). Relatief minder zorggroepen dan in de 1-meting gaven aan dat er een oproepsysteem bij no-show was geïmplementeerd.

3.4.4 Patiëntenparticipatie

Meeste zorggroepen maken zich als zodanig bekend bij patiënten

Van de zorggroepen gaf 85% (n=55) aan zich als zodanig bekend te hebben gemaakt bij patiënten. Dit is vergelijkbaar met de 1-meting (82%). De manier van bekendmaking verschilde tussen zorggroepen. Zorggroepen deden dit onder andere door middel van een website (n=39), een folder (n=37) of door een brief bij instroom van patiënten in het zorgprogramma (n=22). Wanneer we kijken hoeveel zorggroepen überhaupt een website hadden dan blijkt dat 88% (n=56) van de zorggroepen over een website beschikte. Hiervan richtte 87% zich ook op patiënten. Dit is een toename ten opzichte van de 1-meting (1-meting: 69%).

Patiënten niet altijd op de hoogte gebracht van deelname aan zorgprogramma

Van de zorggroepen gaf een derde (32%) aan dat zij (of huisartsen binnen de zorggroep) patiënten vragen of zij willen participeren in het zorgprogramma. Daarnaast gaf een derde van de zorggroepen aan dat zij patiënten wel vertellen dat zij in een zorgprogramma komen, maar hen niet om toestemming vragen (34%). In de overige zorggroepen werd patiënten niets gevraagd of verteld over deelname aan het zorgprogramma (34%).

Zorggroepen met keteninformatiesysteem vragen zelden toestemming voor toegang aan patiënten

Van de zorggroepen die gebruikmaakten van een KIS (n=28, zie *Paragraaf 3.4.2*) hadden vijf zorggroepen hun patiënten schriftelijk toestemming gevraagd voor toegang van zorgverleners tot hun elektronisch zorgdossier. Een deel van de zorggroepen heeft de patiënten meegedeeld dat verschillende zorgverleners toegang hebben met de mogelijkheid om bezwaar aan te tekenen (n=15), en een deel heeft het niet gevraagd of meegedeeld (n=8). Bij sommige KIS-en is het mogelijk dat patiënten elektronisch toegang krijgen tot hun eigen dossier. Hoewel er ten opzichte van de 1-meting meer zorggroepen waren met een KIS is het percentage zorggroepen dat patiënten zonder tussenkomst van zorgverleners elektronisch toegang had gegeven tot het eigen dossier, gedaald (29%, 1-meting: 50%). Het absolute aantal zorggroepen was wel hetzelfde in beide metingen (n=8). De meeste zorggroepen met een KIS waarbij patiënten nog niet zelfstandig elektronisch toegang hebben tot het zorgdossier (n=20, 71%) waren wel bezig met dit voor te bereiden (n=17).

Patiëntervaringen gemeten bij driekwart van zorggroepen

Bij 72% (n=47) van de zorggroepen werd een patiënttevredenheids- of patiëntervaringsonderzoek afgenomen. In dertig van deze zorggroepen werden patiënttevredenheid of patiëntervaringen alleen door de zorgverzekeraar gemeten. In dertien van de zorggroepen deden zowel de verzekeraar als de zorggroep een onderzoek onder patiënten. In de vier overige zorggroepen voerde alleen de zorggroep zelf een onderzoek uit. Het percentage zorggroepen waarbij een patiënttevredenheids- of patiëntervaringsonderzoek werd uitgevoerd is toegenomen; in de 1-meting gaf 62% dat een onderzoek onder patiënten werd uitgevoerd.

Vrijwel alle zorggroepen ondersteunen zorgaanbieders bij bevorderen zelfmanagement van patiënten

De betrokkenheid van patiënten kan op organisatorisch niveau plaatsvinden, maar ook tijdens het primaire zorgproces. Patiëntenparticipatie tijdens het primaire zorgproces heeft betrekking op de rol van patiënten bij hun eigen behandeling. Zelfmanagement maakt hier deel van uit. De meeste zorggroepen gaven aan het zelfmanagement van patiënten binnen het zorgprogramma diabetes te bevorderen (98%) (zie ook Tabel B15). De meest genoemde manier om dit te doen is scholing van de poh, bijvoorbeeld door training in motivational interviewing (86%). Daarnaast gaf een deel van de zorggroepen aan te stimuleren dat zorgaanbieders gebruikmaken van het individuele zorgplan (49%). Zoals al eerder genoemd in deze paragraaf gaf een deel van de zorggroepen hiertoe patiënten toegang tot hun elektronisch zorgdossier (29% van de zorggroepen met een KIS).

Patiëntenvereniging vaker betrokken bij zorggroepen

Veertig procent van de zorggroepen betrok patiënten nog niet op organisatorisch niveau bij de zorggroep; 30% had dit wel in voorbereiding (zie Tabel 3.22). In de vorige metingen is niet gevraagd of zorggroepen betrokkenheid van patiënten in voorbereiding hadden. Hierdoor kan er op dit punt geen vergelijking met eerdere metingen worden gemaakt. In de huidige meting gaf de helft van de zorggroepen aan dat een patiëntenvereniging betrokken is bij de zorggroep. Er is echter niet specifiek gevraagd wat deze betrokkenheid van de patiëntenvereniging inhoudt. Dit kan uiteenlopen van het organiseren van een informatieavond of een zelfmanagementcursus tot het meedenken over het beleid van de zorggroep. Sinds de o-meting is het percentage zorggroepen dat een patiëntenvereniging betreft verdubbeld.

Tabel 3.22: Wijzen van betrokkenheid van patiënten bij de zorggroep, ten tijde van de 2-meting, 1-meting en 0-meting (%)*.

Patiënten betrokken via	2-meting n=63	1-meting n=55	0-meting n=37
Patiëntenvereniging	51	42	24
Regionale patiënten- of consumentenfederatie	24	9	14
Klachtencommissie op zorggroepniveau	33	24	27
Cliëntenraad op zorggroepniveau	18	11	8
Betrokkenheid van patiënten in voorbereiding	30	-	-
Patiënten zijn niet betrokken	10	26	41

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

Patiënten weinig betrokken bij organisatorische besluitvorming van zorggroep

Als het gaat om betrokkenheid van patiënten of hun vertegenwoordigers specifiek bij besluitvorming over de organisatie van zorg binnen de zorggroep, dan blijkt dat ruim een derde van de zorggroepen patiënten helemaal niet betreft of informeert over besluitvorming van de zorggroep (zie Tabel 3.23). Indien zorggroepen patiënten wel betrekken, dan blijft dit vaak beperkt tot het informeren over besluitvorming via brieven of de website. Een klein deel van de zorggroepen betrok patiënten door deze om hun mening (raadplegen) of advies te vragen of door met patiënten samen te werken. Geen van de zorggroepen gaf aan patiënten te laten meebeslissen over de organisatie van zorg.

Tabel 3.23: Mate van betrokkenheid van patiënten bij de besluitvorming van de zorggroep (%)*.

Betrokkenheid van patiënten bij besluitvorming (6)	2-meting n=60
Zorggroep betreft patiënten niet bij de besluitvorming en informeert hen hier ook niet over	37
Zorggroep informeert patiënten over de besluitvorming (bijv. via informatieavonden, brieven, website)	43
Zorggroep raadpleegt patiënten (bijv. via inspraakavonden, enquêtes, focusgroepen)	13
Zorggroep vraagt patiënten om hun advies. Dit advies is in principe bindend (bijv. via adviesraad, cliëntenraad)	13
Zorggroep vraagt patiënten om samen te werken; samen wordt naar oplossingen gezocht en de zorggroep verbindt zich aan deze oplossingen (bijv. via overleggroepen, convenanten)	12
Zorggroep laat patiënten meebeslissen bij de besluitvorming (bijv. via stuurgroep, bindend referendum)	0

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

3.4.5 Patiënten met multimorbiditeit

Als gevolg van het werken met ziektespecifieke zorgprogramma's kan het integrale karakter van de zorgvraag van patiënten met meerdere chronische aandoeningen onder druk komen te staan. Het is dan ook de vraag hoe zorggroepen omgaan met de complexe zorgvraag van mensen met multimorbiditeit binnen ziektespecifieke zorgprogramma's. Daarnaast is het de vraag hoe zorggroepen omgaan met mensen die binnen meerdere zorgprogramma's vallen en of zorggroepen daarmee problemen ervaren of verwachten. Onduidelijk is hoeveel patiënten ten tijde van deze 2-meting al zorg ontvingen vanuit meerdere zorgprogramma's. De verwachting is dat dit aantal nog beperkt is, aangezien er nog maar drie zorgprogramma's zijn waarvoor een keten-dbc afgesloten kan worden en de NZa-beleidsregels uitsluiten dat patiënten tegelijkertijd in het zorgprogramma diabetes en VRM participeren die worden bekostigd via een keten-dbc.

Een derde van zorggroepen voelt zich niet verantwoordelijk voor het leveren van geïntegreerde zorg

Bijna een derde van de zorggroepen (32%) gaf aan dat het leveren van geïntegreerde zorg niet de verantwoordelijkheid is van de zorggroep, maar van de hoofdbehandelaar. De overige 68% (n=40) gaf aan zich wel verantwoordelijk te voelen voor het leveren van geïntegreerde zorg. Een deel hiervan (n=11) gaf echter aan zich alleen verantwoordelijk te voelen als zij ook de zorgprogramma's voor de andere ziekten aanbieden.

Kwart zorggroepen heeft specifiek beleid voor mensen met meerdere chronische aandoeningen

Ongeveer de helft van de zorggroepen (54%) gaf aan geen specifiek beleid te hebben ontwikkeld voor mensen met meerdere aandoeningen. Hierbij was vrijwel geen verschil tussen zorggroepen met één of met meerdere zorgprogramma's (één zorgprogramma: 52%, meer dan één zorgprogramma 55%). Daarnaast was bij 23% van de zorggroepen dit beleid nog in ontwikkeling. De overige zorggroepen (23%, n=14) meldden wel beleid te hebben voor mensen met meerdere aandoeningen. Dit beleid was het meest frequent vormgegeven door het aanstellen van een poh somatiek (n=12) en poh GGZ (n=8) of door het aanstellen van een casemanager (n=5).

Zorggroepen met één keten-dbc contract

Meerderheid zorggroepen met één zorgprogramma verwacht problemen bij uitbreiding aantal zorgprogramma's

Aan de zorggroepen met een keten-dbc contract voor één zorgprogramma (n=25, 38%) is gevraagd of zij problemen verwachten als zij meerdere zorgprogramma's gaan aanbieden en hun patiënten eventueel in meerdere programma's komen te vallen. Van deze zorggroepen verwachtte 41% geen problemen en 59% wel, waarbij het vooral ging om problemen met contracteren en ICT (zie Tabel 3.24).

Zorggroepen met meerdere keten-dbc contracten

Deel zorggroepen past juridische structuur aan vanwege contracteren meerdere zorgprogramma's

Aan de zorggroepen met meerdere keten-dbc contracten (n=40, 62%) is gevraagd of zij hun juridische structuur hadden aangepast vanwege het contracteren van meerdere zorgprogramma's. Van deze zorggroepen gaf 24% (n=9) aan de juridische structuur te hebben aangepast. Twee zorggroepen hadden dit gedaan door hun rechtsvorm te wijzigen van een coöperatie en vereniging in een bv. De andere zeven zorggroepen hadden voor ieder zorgprogramma een nieuwe rechtsvorm opgericht.

Bijna helft zorggroepen beleid voor patiënten die in meerdere zorgprogramma's participeren

Aan zorggroepen met meerdere zorgprogramma's is gevraagd of ze specifiek beleid voerden ten aanzien van patiënten die in aanmerking kwamen voor meer dan één zorgprogramma. Van deze zorggroepen gaf 44% (n=16) aan beleid voor deze groep patiënten te hebben ontwikkeld. Het meest frequent ging het om de integratie van generieke modules, zoals stoppen met roken, bewegen en/of zelfmanagement (n=14). Daarnaast werd het uitwisselen van registratiegegevens tussen zorgprogramma's vaak genoemd (n=12).

Meerderheid zorggroepen ervaart geen problemen met patiënten in meerdere zorgprogramma's

De meerderheid van de zorggroepen met meerdere keten-dbc contracten gaf aan geen problemen te ervaren bij patiënten die meerdere aandoeningen hadden waarvoor een keten-dbc was afgesloten (71%, n=25). Degenen die wel problemen ervoeren (29%, n=10) noemden voornamelijk de overlap in leefstijl-modules (n=5) en ICT (n=4) als probleem.

Zorggroepen verwachten wel problemen als in toekomst meer keten-dbc's worden afgesloten

De zorggroepen met meerdere keten-dbc's is ook gevraagd of zij problemen verwachtten wanneer er in de toekomst keten-dbc's voor andere aandoeningen zouden bijkomen. Van deze zorggroepen verwacht-

te 79% (n=30) dat dit problemen zou opleveren (zie Tabel 3.24). Men verwachtte vooral dat contracteren, de beschikbare capaciteit van zorgaanbieders en de afstemming tussen zorgaanbieders problemen zouden geven. In vergelijking met zorggroepen met één zorgprogramma gaven zorggroepen met meerdere keten-dbc's vaker aan problemen te verwachten.

Tabel 3.24: Verwachte problemen bij toename van keten-dbc's voor andere aandoeningen, uitgesplitst naar zorggroepen met één of meerdere keten-dbc contracten (%)*.

Verwacht probleem	Één keten-dbc n=22	Meer dan één keten-dbc n=38
Geen	41	21
Contracteren	41	39
ICT	32	26
Versnippering van de zorg	14	29
Afstemming tussen zorgaanbieders	14	37
Beschikbare capaciteit van zorgaanbieders	14	39
Anders	0	8

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

4

Beschouwing

In de periode 2007 tot en met 2009 was integrale bekostiging op experimentele basis mogelijk voor de diabeteszorg en sinds 2010 is integrale bekostiging op structurele basis ingevoerd voor diabetes, COPD en VRM. Mede als gevolg van de invoering van integrale bekostiging zijn zorggroepen ontstaan. Zorggroepen zijn relatief nieuwe spelers in het gezondheidszorgsysteem en nog in ontwikkeling. Dit onderzoek geeft inzicht in de ontwikkelingen in de organisatie van zorggroepen en in de uitrol van de verschillende zorgprogramma's.

In *Paragraaf 4.1* van dit hoofdstuk worden allereerst de resultaten van de afzonderlijke onderzoeksvragen samengevat. Vervolgens plaatsen we in *Paragraaf 4.2* een aantal kanttekeningen bij de door ons gehanteerde onderzoeksmethoden, waarna we in *Paragraaf 4.3* de onderzoeksresultaten in een bredere perspectief plaatsen.

4.1 Belangrijkste resultaten

Het doel van het onderzoek was het monitoren van de ontwikkelingen in de organisatie van zorggroepen en het in kaart brengen van de uitrol van de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM. Hiertoe zijn vier onderzoeksvragen geformuleerd. Hieronder worden de resultaten per onderzoeksvraag samengevat en worden de resultaten vergeleken met voorgaande metingen.

Hoe zijn zorggroepen anno 2011 georganiseerd?

Zorggroepen kiezen in toenemende mate een bv als rechtsvorm. In 2011 heeft circa de helft van de zorggroepen deze rechtsvorm. De meerderheid van de zorggroepen is nog steeds monodisciplinair; in

veel zorggroepen zijn alleen huisartsen eigenaar. Gemiddeld participeren 81 huisartsen in een zorggroep, er is weinig verloop van huisartsen in 2011. Meer zorggroepen hebben personeel in loondienst in vergelijking met de 1-meting, zorggroepen hebben vooral ondersteunend personeel in dienst. Ten opzichte van de 1-meting is er vaker een kwaliteitsfunctionaris werkzaam voor een zorggroep. Minder dan de helft van de zorggroepen heeft een toezichthoudend orgaan op zorggroep- of holdingniveau. De omzet voor het zorgprogramma diabetes, van alle 103 zorggroepen in Nederland samen, bedroeg in 2010 naar schatting meer dan 230 miljoen euro. Deze schatting is gebaseerd op zelfrapportage van 50 zorggroepen en geëxtrapoleerd naar alle zorggroepen in Nederland.

Hoe verloopt de uitrol van de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM?

Alle zorggroepen hebben een keten-dbc contract voor het zorgprogramma diabetes kunnen afsluiten voor 2011. Ook het contracteren van de keten-dbc COPD en daarmee de uitrol van de zorgprogramma's COPD is op gang gekomen. De helft van de zorggroepen heeft in oktober 2011 naast diabetes ook een zorgprogramma voor COPD gecontracteerd. Het contracteren van het zorgprogramma VRM is minder goed op gang gekomen en lijkt sterk afhankelijk van het zorginkoopbeleid van de preferente zorgverzekeraar. Een kwart van de zorggroepen heeft een keten-dbc contract voor VRM afgesloten voor 2011.

Gemiddeld nemen meer huisartsen per zorggroep deel aan het zorgprogramma diabetes dan aan de andere zorgprogramma's. Het gemiddelde aantal patiënten dat per zorggroep in een zorgprogramma participeert, verschilt sterk tussen de zorgprogramma's. Voor VRM gaat het om gemiddeld circa 10.000 patiënten per zorggroep, voor diabetes om circa 6500 en voor COPD om circa 1600 patiënten.

Hoe verlopen de onderhandelingen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders?

De deelnemende zorggroepen zijn, net als in de voorgaande metingen, meer tevreden over het resultaat van de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over het zorgprogramma voor diabetes dan over het proces. Zorggroepen zijn over het algemeen wel iets positiever geworden over het proces ten opzichte van de 1-meting. Het contracteren van de keten-dbc's met verre verzekeraars levert vooral bij VRM problemen op. Dit komt voornamelijk omdat – volgens de zorggroepen – een aantal verzekeraars geen contracten voor VRM wil afsluiten.

Zorggroepen zijn, net als in de 1-meting, doorgaans tevreden over de onderhandelingen met de onderaannemers, zowel wat betreft proces als resultaat. De helft van de zorggroepen ervaart echter wel knelpunten bij de onderhandelingen met onderaannemers, dit betreft vooral de diëtisten bij diabetes en VRM en de longartsen bij COPD. De ervaringen van de onderaannemers zelf zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gebleven.

Hoe coördineren zorggroepen hun zorg en hoe zien zij toe op de kwaliteit van zorg?

Zorggroepen hebben voor de uitvoering van de zorg voor alle zorgprogramma's zorgverleners uit de huisartsenpraktijk gecontracteerd of in dienst genomen. Voor de zorgprogramma's diabetes en VRM geldt dat zorggroepen daarnaast vooral diëtisten contracteren of in loondienst aannemen. Voor COPD is dit vooral de longarts. Bijna de helft van de zorggroepen werkt met voorkeursaanbieders en dan vooral voor diëtisten, internisten en longartsen.

De meest gebruikte manier om gegevens te verzamelen over de kwaliteit van de geleverde zorg is een HIS-extractietool. Het aantal zorggroepen dat een KIS gebruikt, is toegenomen ten opzichte van de 1-meting, waardoor meer verschillende zorgverleners toegang hebben tot het elektronisch dossier. De meeste zorggroepen ervaren echter nog steeds ICT-problemen en dan vooral met het gebruik van verschillen HIS-en.

Vrijwel alle zorggroepen bieden spiegelinformatie aan en organiseren bij- en nascholing. Daarnaast visiteert tweederde van de zorggroepen de zorgaanbieders. Ten opzichte van de 1-meting is het aantal zorggroepen dat visiteert en dat spiegelinformatie aanbiedt toegenomen. Een kanttekening is dat al deze activiteiten zich voornamelijk op de huisartspraktijken richten en in mindere mate op andere zorgaanbieders binnen de zorgprogramma's. Daarnaast hebben nog weinig zorggroepen een gecertificeerd kwaliteitssysteem.

Wat betreft de betrokkenheid van patiënten geven zorggroepen aan patiënten vooral te informeren over het bestaan van de zorggroep, deelname aan het zorgprogramma, het verlenen van toegang tot hun elektronisch dossier en organisatorische besluitvorming binnen de zorggroep. Patiënten worden nauwelijks om toestemming gevraagd of actief betrokken bij deze zaken. Wat betreft het individuele zorgproces geven meer zorggroepen aan bij- en nascholing voor hun zorgverleners te organiseren over zelfmanagement.

Zorggroepen geven aan nog geen problemen te ondervinden voor multimorbide patiënten die binnen meerdere gecontracteerde zorgprogramma's vallen. In de nabije toekomst verwacht men echter wel problemen, zeker als er meer keten-dbc's bijkomen en dan vooral op het gebied van contracteren en ICT. Bijna een derde van de zorggroepen geeft overigens aan dat het leveren van geïntegreerde zorg volgens hen niet de verantwoordelijkheid is van de zorggroep, maar van de hoofdbehandelaar.

4.2 Reflectie op onderzoeksmethoden

Uniformiteit in definitie zorggroepen ontbreekt

Niet alle organisaties lijken dezelfde definitie van een zorggroep te gebruiken. In de 2-meting is, net als in voorgaande onderzoeken van het RIVM, gekozen voor een definitie waarin het criterium is opgenomen dat het de hoofdcontractant van het keten-dbc contract betreft. Voor de 2-meting kwamen we daarmee op 103 zorggroepen uit. Een ander onderzoek, dat geen definitie van een zorggroep in hun rapportage vermeldt, komt bijvoorbeeld op 120 zorggroepen in 2011 uit (7). Het ontbreken van een eenduidige definitie, maar ook de ontwikkelingen binnen zorggroepen (fusies, nieuwe oprichtingen), leiden ertoe dat er verschillende lijsten zijn met zorggroepen in Nederland en dat het aantal zorggroepen verschilt tussen onderzoeken.

Respons toegenomen, mede door goede afstemming

De respons op de vragenlijst was 63% wat een lichte toename is ten opzichte van de 1-meting (57%). De hogere respons is waarschijnlijk mede veroorzaakt doordat de inhoud van de vragenlijst is afgestemd met diverse partijen, zoals het Nivel, Vilans, LVG en de NZa, en door het nabellen van niet-responderende zorggroepen. Ook in vergelijking met andere onderzoeken is het responspercentage goed te noemen (7-9).

Responderende zorggroepen lijken representatief voor alle zorggroepen

Een deel van de zorggroepen nam geen deel aan dit onderzoek (38 van de 103 zorggroepen). De vraag is of de 65 deelnemende zorggroepen representatief zijn voor alle 103 zorggroepen in Nederland. In vergelijking met een ander onderzoek dat zorggroepen (n=98) in kaart heeft gebracht aan de hand van declaratiegegevens van verzekeraars (10), lijkt dit onderzoek representatief te zijn. Het gemiddelde aantal participerende huisartsen per zorggroep in het zorgprogramma diabetes en het aantal patiënten in de verschillende zorgprogramma's komt vrijwel overeen tussen de twee studies.

Vergelijking tussen drie metingen bemoeilijkt door verschillen in responderende zorggroepen

Het aantal zorggroepen dat deelnam aan de drie metingen is verschillend (2-meting: 65; 1-meting: 55; 0-meting: 37). Bij het RIVM is niet bekend welke zorggroepen aan de 0-meting deelnamen, omdat deze meting door de LVG werd uitgevoerd. Dit is wel bekend voor de 2- en 1-meting. In totaal namen 42 zorggroepen aan beide metingen deel. Daarnaast namen 13 zorggroepen alleen deel aan de 1-meting en 23 zorggroepen alleen aan de 2-meting. Zorggroepen die alleen deelnamen aan de 2-meting waren gemiddeld kleiner dan de zorggroepen die aan beide metingen deelnamen (57 versus 80 huisartsen). Deze verschillen in responderende zorggroepen bemoeilijken een goede vergelijking tussen de 2- en de 1-meting. De vergelijking tussen de metingen wordt bij een aantal onderwerpen verder bemoeilijkt door het aanpassen van de formulering van aantal vragen in de 2-meting. De betreffende vragen bleken in de 1-meting op meerdere wijzen te interpreteren.

4.3 Resultaten in perspectief

Monodisciplinair hoofdaanemerschap zorggroep ter discussie

De meeste zorggroepen zijn een monodisciplinaire organisatie, met alleen huisartsen als eigenaar. Ten opzichte van de 1-meting is dit beeld ongewijzigd gebleven. Het is onduidelijk of en in hoeverre zorggroepen zich nog zullen gaan ontwikkelen tot multidisciplinaire organisaties, waarvan ook andere zorgdisciplines eigenaar zijn. Als ook andere zorgdisciplines deel gaan uitmaken van een zorggroep zal dit wellicht invloed gaan hebben op het proces en resultaat van de onderhandelingen met verzekeraars en zorgaanbieders en wellicht ook op de samenwerking tussen zorgdisciplines. Op dit moment richten de activiteiten van zorggroepen, zoals het aanbieden van spiegelinformatie, visitatie en bij- en nascholing, zich vooral op de huisartsenpraktijk. Omdat onduidelijk is wat uiteindelijk de invloed is van het monodisciplinair hoofdaanemerschap op de geleverde kwaliteit van zorg, is het moeilijk te zeggen of het noodzakelijk of wenselijk is dat zorggroepen multidisciplinair worden.

Zorgstandaard VRM mede oorzaak van beperkte uitrol VRM zorgprogramma's?

Uit dit onderzoek blijkt dat de uitrol van integrale bekostiging voor het zorgprogramma VRM nog niet goed op gang is gekomen. Dit komt onder andere doordat een aantal zorgverzekeraars terughoudend is met het afsluiten van keten-dbc contracten voor VRM. Voor deze terughoudendheid is een aantal verklaringen mogelijk. Om te beginnen is een belangrijke randvoorwaarde voor de uitrol van een zorgprogramma de aanwezigheid van een eenduidig te interpreteren zorgstandaard. Dit blijkt uit onderzoek op het gebied van zorgprogramma's gebaseerd op de zorgstandaard diabetes (8, 11). In de zorgstandaard VRM is de afbakening van de patiëntenpopulatie voor inclusie in het zorgprogramma echter niet eenduidig gedefinieerd. De gehanteerde inclusiecriteria, en daarmee het aantal patiënten, verschillen hierdoor sterk tussen zorggroepen (12). Daarnaast plaatst een aantal zorgverzekeraars kanttekeningen bij integrale bekostiging in zijn algemeenheid. In een belronde onder verzekeraars uitgevoerd door het RIVM gaf een aantal van deze verzekeraars wel aan in hun eigen regio gestart te zijn met een pilot om ervaring op te doen met het zorgprogramma VRM.

Sturende rol verzekeraars leidt tot beperkte onderhandelingsruimte

Een aantal jaar na het invoeren van integrale bekostiging ervaren zorggroepen nog steeds problemen in het onderhandelingsproces met zorgverzekeraars. Ook uit andere onderzoeken komt naar voren dat de onderhandelingen verre van probleemloos verlopen (9, 11). Belangrijke knelpunten, die uit meerdere onderzoeken waaronder de huidige 2-meting naar voren komen, zijn het niet volgen van het keten-dbc contract van de preferente verzekeraar (zie ook voorgaande alinea) en weinig onderhandelingsruimte aan de kant van de zorgverzekeraar. Mogelijk wordt deze door de zorggroepen ervaren beperkte onderhandelingsruimte veroorzaakt doordat zorgverzekeraars een meer sturende rol aannemen naarmate ze in toenemende mate expertise opbouwen met het contracteren en werken met zorgprogramma's via integrale bekostiging. Deze sturende rol is enerzijds positief, omdat zorgverzekeraars sturen op de inhoud en kwaliteit van de gecontracteerde zorg. Anderzijds druist dit in tegen het IB-model, waar organisatorische vrijheden van zorggroepen een belangrijk uitgangspunt van vormen.

Geïntegreerd leveren van zorg wordt niet altijd gezien als verantwoordelijkheid zorggroep

Steeds meer zorggroepen hebben meerdere keten-dbc contracten afgesloten. Hierdoor is er een toenemend aantal patiënten dat aan meerdere zorgprogramma's deelneemt, omdat zij meerdere chronische aandoeningen hebben. Dit vereist afstemming tussen de zorgprogramma's en de verschillende zorgactiviteiten binnen deze programma's maar ook met de zorg buiten deze zorgprogramma's. Een derde deel van de zorggroepen beschouwt deze afstemming met de zorg buiten de zorgprogramma's als een verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar en dus niet van de zorggroep. Echter afstemming is wel een randvoorwaarde om de zorg aan de patiënt met meerdere chronische aandoeningen geïntegreerd te kunnen leveren. Bovendien heeft het geïntegreerd leveren van zorg ook invloed op de kwaliteitsindicatoren van de zorggroep. Onduidelijk is waar de rol en verantwoordelijkheid van de zorggroep stopt bij het coördineren en afstemmen van de zorg met zorgactiviteiten die geen onderdeel zijn van een keten-dbc contract. Ook is onduidelijk hoe de hoofdbehandelaar, in veel gevallen de huisarts, deze afstemming van de zorgactiviteiten met de zorggroep momenteel vormt geeft en in hoeverre hierbij knelpunten ontstaan bij patiënten met meerdere chronische aandoeningen. Gezien het toenemende aantal zorgprogramma's per zorggroep en het toenemende aantal patiënten met multimorbiditeit lijkt onderzoek onder zowel zorggroepen als zorgaanbieders gewenst. Een dergelijk onderzoek kan inzicht geven in de visie van hoofdbehandelaars over hun takenpakket en verantwoordelijkheid in relatie tot het takenpakket en de verantwoordelijkheid van de zorggroep.

Verdere monitoring zorggroepen belangrijk

Dit onderzoek geeft inzicht in de ontwikkelingen in de organisatie van zorggroepen en de uitrol van de zorgprogramma's in de periode 2008 tot en met 2011. Hieruit komen een aantal knelpunten (ICT, onderhandelingsproces, afstemming van zorgprogramma's) naar voren. Het is van belang te blijven monitoren in hoeverre deze knelpunten in de komende jaren verdwijnen en of er mogelijk nieuwe knelpunten ontstaan. Daarnaast zijn er nieuwe ontwikkelingen gaande in de bekostiging van chronische zorg. De minister van VWS heeft in haar brief aan de Tweede Kamer aangekondigd om op beperkte schaal te gaan experimenteren met alternatieve bekostigingsvormen die het in samenhang leveren van zorg in de buurt bevorderen (13). Ook het geïntegreerd leveren van zorg aan mensen met multimorbiditeit kan hierdoor bevorderd worden. Deze experimenten zullen in de komende jaren naar verwachting van invloed zijn op het takenpakket en organisatie van zorg van bestaande zorggroepen. Een 3-meting om de openstaande vragen te beantwoorden, de ontwikkelingen op het gebied van bekostiging te volgen en de monitoring van de organisatie van zorggroepen en de uitrol van zorgprogramma's voort te zetten lijkt dan ook wenselijk.

Ook inzicht in langetermijneffecten van integrale bekostiging op kwaliteit en kosten van zorg nodig

De focus van dit onderzoek ligt vooral op de organisatie van zorg binnen de zorggroepen en de door de zorggroep georganiseerde zorgprogramma's een aantal jaar na de invoering van integrale bekostiging. Om de effecten van integrale bekostiging in kaart te brengen is ook inzicht in de langetermijneffecten op de kwaliteit van en doelmatigheid van de zorg van groot belang. Eerste onderzoeken op het gebied van kwaliteit van zorg laten zien dat er lichte verbeteringen worden gerealiseerd op zowel de procesindicatoren als de patiëntuitkomsten binnen de diabeteszorg drie jaar na de invoering van integrale bekostiging. In het onderzoek van Struijs et al. (11) werden bijvoorbeeld verbeteringen in diverse procesindicatoren gezien, waaronder HbA_{1c}-bepaling en bloeddrukmeting. Ook verbeterde het percentage patiënten met

een systolische bloeddruk onder de streefwaarde van 140 mmHg met meer dan 10% en werd steeds vaker bij patiënten de streefwaarden voor cholesterol gehaald (+6%). De eerste resultaten van onderzoeken naar het effect van zorgprogramma's en integrale bekostiging op de zorgkosten laten een wisselend beeld zien. Twee zorgverzekeraars hebben in een eerste analyse uiteenlopende resultaten gerapporteerd: van een 48% kostenstijging tot 40% kostenbesparingen in de totale zorgkosten (14, 15). In de komende jaren zullen meer onderzoeksgegevens beschikbaar komen die zich uitspreken over de effecten van integrale bekostiging op de kwaliteit van de zorg en de zorgkosten. Het RIVM voert momenteel een onderzoek uit naar de effecten van integrale bekostiging op de zorgkosten op basis van declaratiegegevens van zorgverzekeraars over de jaren 2007-2010 (10). De eerste resultaten worden medio 2012 gepubliceerd.

Perspectief individuele zorgaanbieders ontbreekt

In deze 2-meting is alleen navraag gedaan bij zorggroepen. De huidige resultaten weerspiegelen daarmee de mening van de zorggroepen en niet die van de onderaannemers. De intentie om de mening van onderaannemers mee te nemen in dit onderzoek was aanwezig, maar het bleek lastig om vertegenwoordigers van onderaannemers te benaderen met een vragenlijst, doordat zij vrijwel niet georganiseerd zijn. Zowel de landelijke vereniging van diëtisten als die van fysiotherapeuten zijn benaderd voor de start van dit onderzoek. Beide gaven echter aan dat er nog maar weinig samenwerkingsverbanden zijn die contracten hebben met zorggroepen. Bij een volgende meting zou het goed zijn om het perspectief van de onderaannemers alsnog mee te nemen. Dit kan een vollediger en genuanceerder beeld geven van een aantal effecten van integrale bekostiging. Zolang de onderaannemers van zorggroepen niet goed georganiseerd zijn, betekent dit dan wel dat onderaannemers als diëtisten en fysiotherapeuten individueel benaderd moeten worden.

Resultaten van dit onderzoek van waarde voor Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging

De resultaten uit de 2-meting geven een beeld van de huidige stand van zaken rondom zorggroepen en inzicht in (een deel van) de randvoorwaarden voor integrale bekostiging. Hieruit blijkt dat een aantal randvoorwaarden nog niet optimaal zijn uitgekristalliseerd: ICT blijft een genoemd knelpunt, en daarmee ook de transparantie over de (kwaliteit van de) geleverde zorg. Maar ook betrokkenheid van de patiënt, zowel binnen de spreekkamer als op organisatorisch niveau, laat nog ruimte voor verbetering. Opvallend is de discussie over de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van geïntegreerde zorg voor mensen met multimorbiditeit. Andere randvoorwaarden zijn al goed op de rails gezet: samenhang van de geleverde zorg binnen een zorgprogramma door afstemmingsafspraken tussen zorgaanbieders en kwaliteitsborging door het bieden van spiegelinformatie, visitatie en scholing. De resultaten van dit onderzoek zijn van belang voor de totstandkoming van het advies van de EIB aan de minister.

Literatuur

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008) De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging. Brief van dr. A. Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 22 december 2008. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
2. Nederlandse Zorgautoriteit (2010) Uitvoeringstoets Uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg: Verruiming grenzen en soorten ketens. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
3. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010) Zorg rond zwangerschap en geboorte. Brief van dr. A. Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 15 juni 2010. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
4. Wildt de JE, Leusink G (2008) Nulmeting zorggroepen: Een beschrijvend onderzoek van de karakteristieken. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.
5. 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.
6. Edelenbos J, Monnikhof R (1998) Spanning en interactie: een analyse van interactief beleid in lokale democratie. Amsterdam: Instituut voor Publiek en Politiek.
7. 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.
8. 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).

9. 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.
10. Struijs JN, Mohnen SM, Molema CC, Baan CA (2012) Effect integrale bekostiging en disease management op zorgkosten. Analyse op basis van declaratiegegevens van Vektis in de periode 2007-2010. RIVM Rapport 260131005. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
11. 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.
12. Romeijnders A, Klomp M, Huijbers E. Managen hartrisiko's moet selectief. Medisch Contact. 2011;66(29-30):1830-2.
13. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011) Zorg en ondersteuning in de buurt. Brief van mw. drs. E.I. Schippers aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 14 oktober 2011. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
14. Sprangers N, Galiën van der O, Steensma C, Edgar P. Integrale bekostiging diabetes duur. Medisch Contact, 8 maart 2012.
15. VGZ (2012) Brief: Heeft integrale bekostiging de toekomst? d.d. maart 2012. Arnhem: Coöperatie VGZ.

Bijlage

Bijlage Paragraaf 3.2

Tabel B1: Aantal participerende huisartsen in het zorgprogramma's diabetes[#], ten tijde van de 2-meting, 1-meting en 0-meting.

Aantal huisartsen	2-meting n=64		1-meting n=55		0-meting n=37	
	n	%	n	%	n	%
Gemiddeld	78		76		77	
Mediaan	65		62		65	
Range	1-220		2-220		6-220	
<50 huisartsen		38		46		37
≥50 en <100 huisartsen		33		26		37
≥100 huisartsen		30		29		26

[#] Sommige zorggroepen hebben in plaats van het aantal huisartsen, het aantal praktijken ingevuld. Dit kan tot een onderschatting leiden van het gemiddelde aantal huisartsen.

Bijlage Paragraaf 3.3

Tabel B2: Inhoud keten-dbc contracten diabetes, COPD en VRM afgesloten tussen zorggroepen en preferente zorgverzekeraars (%)*.

Afspraak in contract	Diabetes n=62	COPD n=30	VRM n=14
De manier van aanleveren van gegevens over de geleverde zorg	90	87	86
Kwaliteitsindicatoren	85	97	93
Poh-verplichting	50	70	86
Minimale aantal momenten dat huisarts de diabetespatiënt ziet	26	40	64
Terugbetalen of verrekenen van niet-verleende zorg	50	40	57
Prestatiebeloning (pay for performance)	11	0	0
Kwaliteitseisen aan 'onderaannemers'	32	40	43
Percentage patiënten onder behandeling in 1 ^e lijn en 2 ^e lijn	24	13	21
Wachttijd zorgaanbieders	3	3	7

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen; Poh = praktijkondersteuner huisarts.

Tabel B3: Inhoud keten-dbc contracten diabetes, COPD en VRM afgesloten tussen zorggroepen en 'onderaannemers' (%)*.

Afspraak in contract	Diabetes n=58	COPD n=28	VRM n=14
Rapporteren en registeren	97	100	100
Protocollaire werkwijze	86	89	92
Bij- en nascholing	57	71	77
Voorwaarden op het gebied van continuïteit	38	29	46
Wachttijden of toegangstijden tot de zorg	19	11	23
Visitatie	28	50	38
Wat te doen bij 'no-show'	26	29	31
Wat te doen als hoofdcontractant niet kan declareren	24	7	38

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

Tabel B4: Inhoud keten-dbc contract diabetes afgesloten tussen zorggroepen en 'onderaannemers', ten tijde van de 2-meting en 1-meting (%)*.

Afspraak in contract	2-meting n=58	1-meting n=50
Rapporteren en registreren	97	96
Protocollaire werkwijze	86	76
Bij- en nascholing	57	44
Voorwaarden op het gebied van continuïteit	38	38
Wachttijden of toegangstijden tot de zorg	19	30
Visitatie	28	28
Wat te doen bij 'no-show'	26	28
Wat te doen als hoofdcontractant niet kan declareren	24	24

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

Tabel B5: Ervaren knelpunten in de onderhandelingen met zorgverzekeraars over de keten-dbc contracten diabetes, COPD en VRM (%)*.

Knelpunt	Diabetes n=62	COPD n=31	VRM n=15
Geen knelpunten	10	6	7
Moeizaam traject, moeizame communicatie, lange doorlooptijd	53	45	27
Verre zorgverzekeraars volgen niet (automatisch)	61	45	80
Weinig onderhandelingsruimte aan de kant van de zorgverzekeraar	74	58	33
Onervarenheid, discontinuïteit en gebrek aan medische kennis aan de kant van de zorgverzekeraar	45	55	47
Administratieve afhandeling met zorgverzekeraar	31	26	33
Onervarenheid, discontinuïteit en gebrek aan financiële kennis aan de kant van de zorggroep	11	10	7

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

Tabel B6: Zorgaanbieders waar zorggroepen knelpunten mee ervaren in de onderhandelingen over de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM (%)*.

Knelpunten met	Diabetes n=59	COPD n=25	VRM n=10
Geen zorgaanbieder	47	68	40
Huisarts	5	0	0
Diëtist	29	4	40
Internist	15	-	10
Oogarts	19	-	-
Laboratorium	5	-	-
Longarts	-	20	-
Fysiotherapeut	-	8	-
Apotheker	-	0	-
Cardioloog	-	-	20

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

Bijlage Paragraaf 3.4

Tabel B7: Zorgaanbieders waarmee zorggroepen samenwerkingsafspraken hebben gemaakt binnen de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM (%)*

Zorgaanbieder	Diabetes n=64	COPD n=29	VRM n=14
Internist	91	-	64
Diëtist	80	38	93
Oogarts	69	-	-
Podotherapeut / pedicure	56	-	-
Klinisch chemicus	28	-	-
Fysiotherapeut	17	34	29
Nefroloog	13	-	-
Thuiszorg	6	7	7
Cardioloog	3	0	93
Vaatchirurg	3	-	-
Neuroloog	0	-	29
Maatschappelijk werker	0	0	0
Medisch psycholoog	0	3	7
GGD	0	0	0
Longarts	-	97	-
Longfunctielaborant	-	21	-
Apotheker	-	17	21
Radioloog	-	3	-
Ergotherapeut	-	0	0
Chirurg	-	-	2
Psychiater	-	-	0
Gedragstherapeut	-	-	0
Geriatr	-	-	0

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

Tabel B8: Zorgaanbieders waarmee zorggroepen samenwerkingsafspraken hebben gemaakt binnen het zorgprogramma diabetes, ten tijde van de 2-meting en 1-meting (%)*.

Zorgaanbieder	2-meting n=64	1-meting n=53
Internist	91	96
Diëtist	80	-
Oogarts	69	79
Podotherapeut / pedicure	56	45
Klinisch chemicus	28	19
Fysiotherapeut	17	23
Nefroloog	13	9
Thuiszorg	6	-
Cardioloog	3	2
Vaatchirurg	3	4
Neuroloog	0	0
Maatschappelijk werker	0	4
Medisch psycholoog	0	4
GGD	0	-

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

Tabel B9: Gemiddeld aantal zorgaanbieders dat zorg levert (gecontracteerd of in loondienst) binnen de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM (%)*.

Zorgaanbieder	Diabetes n=64 [#]	COPD n=31 [#]	VRM n=15 [#]
Huisarts	78 (1-220)	58 (4-155)	56 (1-160)
Poh	33 (2-150)	37 (3-150)	49 (7-130)
Diabetesverpleegkundige	4 (1-15)	-	-
Doktersassistent	39 (1-130)	50 (8-70)	70 (20-200)
Diëtist	13 (1-56)	14 (2-43)	19 (2-52)
Internist	2 (1-9)	-	-
Oogarts	2 (1-7)	-	-
Laboratorium	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-2)
Optometrist	5 (1-32)	-	-
Fysiotherapeut	7 (1-20)	19 (10-25)	14 (14-14)
Podotherapeut	8 (1-47)	-	-
Apotheker	6 (1-15)	15 (15-15)	15 (15-15)
Longverpleegkundige	-	2 (1-5)	2 (2-2)
Longarts	-	2 (1-6)	2 (2-2)

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen;

[#] De n wijkt af per zorgaanbieder, doordat niet alle zorggroepen alle zorgaanbieders hebben gecontracteerd (zie Tabel 3.15) en door missende waarden; Poh = praktijkondersteuner huisarts.

Tabel B10: Zorgaanbieders met toegang tot het elektronisch zorgdossier (%)*.

Zorgaanbieder	2-meting n=65
Huisarts + poh	95
Diabetesverpleegkundige	60
Diëtist	46
Internist	31
Podotherapeut	26
Oogarts	22
Optometrist	22
Apotheker	18
Longarts	18
Longverpleegkundige	15
Laboratorium	14
Fysiotherapeut	9
Cardioloog	6

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

Tabel B11: Activiteiten georganiseerd door zorggroepen binnen het zorgprogramma diabetes, ten tijde van de 2-meting en 1-meting (%).

	2-meting N=63*	1-meting n=55*
Visitatie	70	60
Spiegelinformatie	97	82
Bij- en nascholing	97	91
Multidisciplinair protocol	97	93
Oproepsysteem bij no-show	43	51
Werken met een individueel zorg- of behandelplan	49	-

* De n wijkt af per activiteit, doordat niet alle zorggroepen alle individuele vragen hebben beantwoord.

Tabel B12: Onderwerpen van bij- en nascholing binnen de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM (%)*.

Onderwerp	Diabetes n=61 [#]	COPD n=31 [#]	VRM n=13 [#]
Insulinetherapie	87	-	
ICT-pakket	57	48	69
Samenwerkingsafspraken	55	45	77
Diabetes Implementatie Traject (DIT) of COPD Implementatie Traject (CIT)	30	35	-
Patiënteneducatie	37	32	46
Zelfmanagement	60	58	85
Inhalatietechnieken	-	74	-
Spirometrie	-	94	-
Leefstijlinterventies	-	-	77
Zorgstandaard VRM of (herziene) richtlijn VRM	-	-	85
Individueel zorg- of behandelplan	-	-	62

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen;

Alleen zorggroepen die bij- en nascholing organiseerden.

Tabel B13: Onderwerpen van bij- en nascholing diabetes, ten tijde van de 2-meting en 1-meting (%)*.

Onderwerp	2-meting n=60 [#]	1-meting n=50 [#]
Insulinetherapie	87	80
ICT-pakket	57	66
Samenwerkingsafspraken	55	61
Diabetes Implementatie Traject (DIT)	30	40
Patiënteneducatie	37	40
Zelfmanagement	60	32

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen;

Alleen zorggroepen die bij- en nascholing organiseerden.

Tabel B14: Zorgaanbieders voor wie zorggroepen visitatie en bij -en nascholing organiseren en spiegelinformatie aanbieden binnen het zorgprogramma diabetes, ten tijde van de 2-meting en 1-meting (%)*.

Zorgaanbieder	Visitatie [#]	Bij- en nascholing		Spiegelinformatie	
	2-meting n=44	2-meting n=61	1-meting n=50	2-meting n=61	1-meting n=45
Huisartsenpraktijk	100	-	-	98	100
Huisarts	-	98	98	-	-
Poh	-	98	100	-	-
Doktersassistent	-	52	46	-	-
Diabetes-verpleegkundige	-	39	56	-	-
Diëtist	19	36	30	-	13
Oogarts	12	3	10	13	2
Internist	12	8	16	18	18

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen. Alleen zorggroepen die visitatie en/of bij- en nascholing organiseerden of spiegelinformatie leverden; # Deze vraag was niet opgenomen in de vragenlijst van de 1-meting.

Tabel B15: Manieren waarop zorggroepen het zelfmanagement van patiënten bevorderen binnen het zorgprogramma diabetes (%)*.

Bevorderen zelfmanagement door	2-meting n=63
Niets	2
Scholing van poh op dit onderwerp (bv. motivational interviewing)	86
Beschikbaar stellen van educatiematerialen aan zorgaanbieders	38
Aanbieden van groepseducatie of groepsessies aan patiënten	32
Bewerkstelligen van toegang patiënt tot elektronisch dossier	24
(Verplicht) uitdelen van patiëntenversie van de zorgstandaard (DVN zorgwijzer) bij intake in huisartsenpraktijk	19
Bevorderen gebruik van het individueel zorg- of behandelplan	49

* Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.



.....

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

.....

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

juni 2012