

Model van Coördinatieplatform is nog niet eenduidig

Vijf vragen over zorgstandaarden

J.N. Struijs,
S.R. de Bruin,
C.A. Baan,

allen werkzaam als senior onderzoeker bij het Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek, RIVM

Correspondentieadres:
jeroen.struijs@rivm.nl
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Zorgstandaarden spelen een centrale rol bij de integrale bekostiging van chronische zorg. Maar ze verschillen nogal van elkaar. Om eenheid te brengen, heeft het Coördinatieplatform Zorgstandaarden nu een model ontwikkeld. Toch blijven belangrijke vragen onbeantwoord. Bijvoorbeeld wat zorgstandaarden nu precies beogen.

Gaat het om optimale zorg, goede zorg of het voorkomen van slechte zorg?

Om de kwaliteit en continuïteit van de diabeteszorg in Nederland te verbeteren, werd in 2007 de mogelijkheid gecreëerd om te gaan experimenteren met een nieuwe bekostigingssystematiek van de diabeteszorg.^{1 2} Deze bekostigingssystematiek – integrale bekostiging – omvat een zogeheten keten-diagnosebehandelingscombinatie (keten-dbc) die het mogelijk maakt om alle losse onderdelen van de diabeteszorg als één product in te kopen. Zorgaanbieders dienen hiertoe verenigd te zijn in een zorggroep. Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid die verantwoordelijk is voor de coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg in een bepaalde regio. Met de term ‘zorggroep’ wordt de hoofdcontractant van het keten-dbc-contract bedoeld en niet het team van zorgverleners dat de feitelijke zorg verleent. De zorggroep fungeert als ‘hoofdaannemer’ en contracteert de meeste onderdelen van de zorg bij individuele zorgaanbieders of -instellingen.^{3 4}

Meer samenhang

Het keten-dbc-contract dient overeen te komen met de inhoud van de zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF).^{5 6} Hierdoor is de van oorsprong zorginhoudelijke NDF Zorgstandaard een belangrijk strategisch

document geworden bij de inkoop van diabeteszorg.^{1 7} De Tweede Kamer heeft de aanwezigheid van een zorgstandaard als randvoorwaarde gesteld bij de invoering van integrale bekostiging.⁸

Inmiddels is integrale bekostiging van diabetes- en COPD-zorg (zie blz. 1897) en vasculair risicomanagement structureel ingevoerd.⁹ Momenteel zijn ook zorgstandaarden voor hartfalen, astma, artrose, beroerte, dementie, depressie, kanker en obesitas in ontwikkeling.¹⁰ Om een wirwar aan zorgstandaarden te voorkomen en knelpunten bij het werken met zorgstandaarden het hoofd te bieden, heeft het ministerie van VWS ZonMw verzocht een platform in te stellen dat een algemeen raamwerk voor zorgstandaarden zou maken.¹¹ In maart van dit jaar heeft het Coördinatieplatform Zorgstandaarden zijn model aan de minister aangeboden (zie kader op blz. 1904).¹⁰ Het model voorziet in de behoefte tot meer samenhang tussen zorgstandaarden, maar laat ook nog een aantal belangrijke vragen onbeantwoord.

Onbeantwoorde vragen

Wat beoogt een zorgstandaard?

Volgens het Coördinatieplatform Zorgstandaarden beoogt een zorgstandaard *optimale* zorg voor mensen met een chronische aandoening te bevorderen, terwijl zij in haar definitie aangeeft dat een zorgstandaard de normen voor *goede zorg* omschrijft. Het is de vraag of het beschrijven van de normen voor goede zorg,



Het risico bestaat dat een patiënt met meerdere chronische aandoeningen 'versnipperd' raakt over meerdere ketens.

beeld: Corbis

het doel 'het optimaliseren van de zorg' kan bewerkstelligen.

Als daarnaast wordt gekeken naar de uitwerking van zorgstandaarden en de opgestelde prestatie-indicatoren, lijken de *minimale* eisen aan de diabeteszorg beschreven te worden in plaats van de normen voor goede zorg. De prestatie-indicator dieetadvisering is in de NDF Zorgstandaard bijvoorbeeld gedefinieerd als 'het één keer per jaar een diëtist consulteren'.⁵

De vraag rijst of dit een norm voor goede zorg is of eerder een minimale eis aan de zorg.

De discrepantie tussen de zorgstandaard en de uitwerking van de zorgstandaard in prestatie-indicatoren leidt ertoe dat er mogelijk voor een aantal onderdelen van de zorg een minimum wordt gecontracteerd in plaats van de beoogde optimale zorg. Zorgverzekeraars zullen immers veelal niet bereid zijn om meer zorg in te kopen dan noodzakelijk is volgens de prestatie-indicatoren.³

Ondanks het feit dat het Coördinatieplatform Zorgstandaarden eenduidigheid heeft proberen te scheppen ten aanzien van het doel en de inhoud van de zorgstandaard, blijft de fundamentele vraag 'wat beoogt een zorgstandaard' bestaan. Beoogt een zorgstandaard het realiseren van optimale zorg, het realiseren van goede zorg of juist het voorkomen van slechte

zorg middels het beschrijven van de absolute ondergrens voor goede zorg? Deze fundamentele keuze heeft grote gevolgen voor de inhoud en de uitwerking van zorgstandaarden. Vanuit het oogpunt van de maatschappelijke belangen kwaliteit en toegankelijkheid is uiteraard optimale zorg gewenst, maar vanuit het oogpunt van betaalbaarheid is wellicht eerder het beschrijven van de minimale kwaliteitseisen gewenst.

In hoeverre is de zorgstandaard nog puur zorginhoudelijk?

De Tweede Kamer heeft als voorwaarde gesteld dat integrale bekostiging alleen kan worden ingevoerd als de zorgstandaard voor de desbetreffende ziekte geautoriseerd is door alle relevante beroepsgroepen en patiëntenverenigingen. Dit leidt ertoe dat bij het opstellen van zorgstandaarden naast zorginhoudelijke mogelijk ook strategische overwegingen een rol gaan spelen. Als zorgverleners zichzelf immers een grote rol toebedelen in het zorgproces, zullen zij een sterke positie krijgen bij de vertaling van de inhoud van de zorgstandaard naar een keten-dbc. De eerste stappen richting het vormgeven van het autorisatieproces van zorgstandaarden zijn inmiddels gezet, maar er blijven hierover nog diverse onduidelijkheden bestaan die

Bij de inmenging van de zorgverzekeraar zijn vraagtekens te zetten

beroepsverenigingen momenteel een strategische sleutelpositie geven.¹² Als een beroepsvereniging namelijk niet akkoord gaat met de zorgstandaard, omdat de leden bijvoorbeeld van mening zijn dat hun competenties onvoldoende naar voren komen in de functionele omschrijving, kunnen zij het autorisatieproces vertragen of zelfs lamleggen. Deze 'obstructiemacht' maakt het vaststellen van een nieuwe zorgstandaard tot een delicaat en strategisch proces, met het risico dat de inhoud van de zorg naar de achtergrond verdwijnt.

Wie stelt de zorgstandaard vast?

Op dit moment stellen koepelorganisaties van zorgverleners en patiënten, zoals de Nederlandse Diabetes Federatie, Long Alliantie Nederland (LAN) en het Platform Vitale Vaten, de inhoud van de zorg vast. Gezien de nieuwe rol van de zorgstandaard als leidraad bij de zorginkoop is het de vraag of hiermee de maatschappelijke belangen zoals kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid alle voldoende gewaarborgd en in balans zijn. Om deze reden hebben zorgverzekeraars, gezien hun rol als

financier van de zorg, aangegeven betrokken te willen worden bij het opstellen van de zorgstandaard.¹³ Bij deze mogelijke inmenging van de zorgverzekeraar zijn echter ook vraagtekens te zetten, aangezien dit in tegenspraak kan zijn met de doelstelling van de zorgstandaard, namelijk het optimaliseren van de zorg. Vanuit het oogpunt van betaalbaarheid echter lijkt de betrokkenheid van zorgverzekeraars juist wel weer wenselijk.

Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden geeft vooralsnog geen duidelijkheid over de positie van zorgverzekeraars bij het vaststellen van de zorginhoudelijke eisen in de zorgstandaard. Wel lijkt het erop dat de rol van de verzekeraars steeds prominenter wordt. Zo waren bij het vaststellen van de Zorgstandaard Diabetes door de NDF en de Zorgstandaard COPD door de LAN de zorgverzekeraars nog geen formele partij. Bij het Platform Vitale Vaten was een medisch adviseur van een zorgverzekeraar projectlid en medeauteur van de zorgstandaard. Daarnaast was Zorgverzekeraars Nederland (ZN) adviserend lid van het platform en betrokken bij het opstellen van een conceptlijst met prestatie-indicatoren voor vasculair risicomanagement. Bij de in ontwikkeling zijnde Zorgstandaard Obesitas door het Partnerschap Overgewicht Nederland is ZN een volwaardige partner.

Model voor zorgstandaarden

Volgens het model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden bestaat een zorgstandaard

idealerweise uit vier hoofdstukken.¹⁰ In het eerste, zorgspecifieke hoofdstuk worden de elementen van preventie en ziekte die specifiek van toepassing zijn op de betreffende ziekte beschreven. Vier fasen worden onderscheiden: vroege onderkenning en preventie; diagnostiek; opstellen individueel zorgplan en instellen behandeling; begeleiding, revalidatie, arbeidsre-integratie, maatschappelijke participatie en relapspreventie. Het hoofdstuk beschrijft per fase welke eisen aan patiënten en zorgverleners worden gesteld.

Het tweede hoofdstuk beschrijft de generieke componenten, zogeheten zorgmodules, van preventie en zorg die van toepassing zijn op de betreffende ziekte. Zorgmodules zoals 'bewegen', 'stoppen met roken' en 'bevorderen zelfmanagement' kunnen relevant zijn voor meerdere chronische ziekten. In tegenstelling tot de ziektespecifieke zorgbehoefte verschilt de generieke zorgbehoefte niet duidelijk per fase van het zorgcontinuüm. Een zorgmodule kan dus in meerdere fasen van het zorgcontinuüm worden ingezet.

Het derde hoofdstuk betreft de organisatiestructuur van preventie en zorg. Het gaat zowel over de ziektespecifieke als over de generieke componenten van de zorg.

Het vierde en laatste hoofdstuk bevat kwaliteitsindicatoren die relevant zijn voor de betreffende chronische ziekte. Die worden onderverdeeld in procesindicatoren, uitkomstindicatoren en structuurindicatoren.



Is de kwaliteit van zorg voor mensen met multimorbiditeit nu gegarandeerd?

Multimorbiditeit, het lijden aan twee of meer los van elkaar staande (chronische) aandoeningen, is onvoldoende uitgewerkt in de afzonderlijke zorgstandaarden. Hierdoor bestaat het risico dat een patiënt met meerdere chronische aandoeningen 'versnipperd' raakt over meerdere ketens en dat aan een deel van zijn zorgvraag niet tegemoet wordt gekomen omdat deze zorg niet in de afzonderlijke zorgstandaarden is opgenomen.^{3 14 15} Er bestaan echter niet alleen zorginhoudelijke vragen maar ook vraagstukken omtrent de contractering van meerdere keten-dbc's door één zorggroep. Dubbele bekostiging ligt immers op de loer als dezelfde onderdelen van de zorg in meerdere keten-dbc's worden gecontracteerd. Het 'multimorbiditeitsvraagstuk' was voor VWS dan ook een belangrijke aanleiding om het Coördinatieplatform Zorgstandaarden in het leven te roepen. In het raamwerk voor zorgstandaarden maakt het Coördinatieplatform Zorgstandaarden onderscheid tussen ziektespecifieke en generieke modules (zie kader). Deze modulaire opbouw zou het mogelijk moeten maken om

SAMENVATTING

- Om eenheid te bevorderen publiceerde het Coördinatieplatform Zorgstandaarden begin dit jaar een model voor zorgstandaarden.
- Dat voorziet in de behoefte tot meer samenhang, maar laat ook nog enkele vragen onbeantwoord.
- De belangrijkste vraag is wat een zorgstandaard nu eigenlijk beoogt: optimale, goede of minimale zorg.
- Andere problemen zijn de vermenging van zorginhoudelijke en strategische overwegingen bij het opstellen van een zorgstandaard, de rol van de zorgverzekeraar en de zorg voor multimorbide patiënten.

bij multimorbiditeit tot goede afspraken voor de zorginkoop te komen en gericht in te kopen op basis van de reële zorgbehoefte.¹⁶ Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden stelt tegelijkertijd dat de complexe problematiek omtrent multimorbiditeit hiermee nog niet voldoende is afgedekt en dat hier verder vorm aan moet worden gegeven. Het is belangrijk dat hier op korte termijn gehoor aan wordt gegeven, omdat dit problemen kan opleveren voor een groot deel van de multimorbide patiënten.

Zorgstandaard, integrale bekostiging en basispakket voldoende afgestemd?

Het RIVM heeft van 2007 tot en met 2009 binnen het ZonMw programma Diabetes Ketenzorg een evaluatie uitgevoerd naar de ervaringen van tien zorggroepen met integrale bekostiging van de diabeteszorg. De resultaten hiervan zijn in november 2009 gepubliceerd.³ Uit de evaluatie komt naar voren dat de NDF Zorgstandaard op onderdelen voor meerdere interpretaties vatbaar is, wat heeft geleid tot (zorg)inhoudelijke verschillen in de keten-dbc-contracten. Vanwege de functionele omschrijving van de zorgstandaard komen de onderdelen van de zorg in de contracten niet exact overeen met het basispakket.

Een voorbeeld hiervan is de integrale interventie 'stoppen met roken'. Deze is wel opgenomen in de zorgstandaard, maar wordt niet vergoed vanuit het basispakket en wordt door slechts een minderheid van de zorggroepen gecontracteerd. Een ander voorbeeld is dieetadvisering. Deze is in het basispakket beperkt tot maximaal vier uur per jaar, terwijl hier in de NDF Zorgstandaard geen restricties aan worden gesteld.


Deze verschillen tussen de zorgstandaard, keten-dbc en het basispakket leiden tot onduidelijkheden en ongelijkheid in de zorg. Mogelijk kunnen het Coördinatieplatform Zorgstandaarden en nationale actieprogramma's zoals het Nationaal Actieprogramma Diabetes een rol spelen en aanbevelingen doen om deze onduidelijkheden en ongelijkheden in de zorg te verhelpen.

Hoe verder?

Het model voor zorgstandaarden voorziet in de behoefte tot meer samenhang tussen afzonderlijke zorgstandaarden. Het is ontwikkeld als leidraad voor bestaande en toekomstige zorgstandaarden, zodat het veld zich volledig kan richten op de inhoud. Echter, een model waarbij een reflectie ontbreekt op de balans



tussen de publieke doelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, is niet voldoende om een aantal fundamentele vraagstukken ten aanzien van het werken met zorgstandaarden weg te nemen.

Duidelijkheid over de uitgangspunten van de zorgstandaarden – beoogt een zorgstandaard nu optimale, goede of minimale zorg? – en duidelijke randvoorwaarden voor het kunnen werken met zorgstandaarden zijn van het grootste belang. Alleen onder die voorwaarden kunnen zorgaanbieders hun primaire verantwoordelijkheid voor het in samenhang leveren van kwalitatief goede zorg op zich nemen, en groeit het draagvlak voor het vaststellen van en het werken met zorgstandaarden in het veld. 



De literatuurlijst en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Literatuur

1. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Programmatische aanpak van chronische ziekten. Brief van dr. A. Klink en dr. J. Bussemaker aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 13 juni 2008. Den Haag; 2008.
2. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Diabeteszorg beter. Brief van dr. H. Hoogervorst aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 5 juli 2004. Den Haag; 2004.
3. Struijs JN, Til JT van, Baan CA. Experimenteren met de keten-dbc diabetes. De eerste zichtbare effecten. Bilthoven; 2009.
4. Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn. Zorggroepen. 2010. <http://www.lvg.org/vormen/zorggroepen.htm>.
5. Nederlandse Diabetes Federatie. NDF Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort; 2007. <http://www.diabetesfederatie.nl/ndf-zorgstandaard-2.html>.
6. Nederlandse Zorgautoriteit. Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten. Bijlage 2. Beleidsregel CV-7000-4.0.-1. Utrecht; 2006.
7. Nederlandse Zorgautoriteit. Uitvoeringstoets. Uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg. Verruiming grenzen en soorten ketens. Utrecht; 2010. <http://www.nza.nl/104107/105832/139003/Uitvoeringstoets-Uitbreiding-integrale-bekostiging-ketenzorg.pdf>.
8. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Toegezegde brief naar aanleiding van debat eerstelijnszorg d.d. 30 september 2009. Brief van dr. A. Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 6 oktober 2009. Den Haag; 2009.
9. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Voorhangbrief keten-dbc's en huisartsenbekostiging. Brief van dr. A. Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 13 juli 2009. Den Haag; 2009.
10. Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Den Haag; 2010.
11. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Opdracht Coördinatieplatform. Brief van dr. A. Klink aan het bestuur van ZonMw d.d. 23 januari 2009. Den Haag; 2009.
12. Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Bestuurlijke organisatie van zorgstandaarden. Advies aan de minister van VWS. Den Haag; 2010.
13. UVIT. Functionele bekostiging. Nieuw perspectief op de vormgeving van zorg. Standpunt van UVIT. Nijmegen; 2009.
14. Nederlandse Zorgautoriteit. Visiedocument functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen. Diabetes, COPD, cardiovasculair risicomanagement en hartfalen. Utrecht; 2009. http://www.nza.nl/binaries/7113/10057/visiedocument_Functionele_B1.pdf.
15. Quak, ABWM et al. Quicksan Zorgstandaarden Diabetes, COPD, cardiovasculair risicomanagement nader beschouwd. Breukelen; 2009.
16. Nederlandse Zorgautoriteit. Reacties op NZa Visiedocument. Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen. Utrecht; 2009.